



چاپ اول

سال ۱۴۰۲

راهنمای عمل مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در خانه‌های سلامت

و کار با دخترا ن در معرض آسیب‌های اجتماعی

نویسنده / مؤلف:

ایوب اسلامیان

مترجم / همکاران:

صابره صادقی

وهاب علی نیا جنگلی



سازمان بهزیستی کل کشور

سرشناسه	: اسلامیان، ایوب، ۱۳۶۸ -
عنوان و نام پدیدآور	: راهنمای عمل مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در خانه‌های سلامت و کار با دختران در معرض آسیب‌های اجتماعی/نویسنده ایوب اسلامیان، همکاران صابره صادقی، وهاب علی‌نیا جنگلی؛ [برای] دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی، سازمان بهزیستی کشور.
مشخصات نشر	: تهران: سازمان بهزیستی کشور، انتشارات، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	: ۲۳۰ص؛ ۲۲×۲۹ سم.
شابک	: ۹۷۸-۶۲۲-۹۳۵۵۹-۰۰-۹
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
موضوع	: دختران -- ایران -- خدمات اجتماعی Social work with girls -- Iran خدمات اجتماعی -- ایران Social service -- Iran
شناسه افزوده	: صادقی، صابره، ۱۳۷۰ -
شناسه افزوده	: علی‌نیا، وهاب، ۱۳۶۵ -
شناسه افزوده	: سازمان بهزیستی کشور. دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی
شناسه افزوده	: سازمان بهزیستی کشور. واحد انتشارات
رده بندی کنگره	: HV۴۵
رده بندی دیویی	: ۳۶۱/۴۰۹۵۵
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۲۰۶۸۹۹
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیپا	



انتشارات سازمان بهزیستی

راهنمای عمل مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در خانه‌های سلامت و کار با دختران در معرض آسیب‌های اجتماعی

پدیدآورنده: ایوب اسلامیان

ناشر: انتشارات سازمان بهزیستی؛ دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی کشور

اجرا: حوزه امورفرابخشی و ارتباطات

همکاران: صابره صادقی، وهاب علی‌نیا جنگلی

تحت نظارت علمی: دکتر ملیحه عرشی

مدیرهنری: شرکت نیک اندیشان آبان

چاپ اول: ۱۴۰۲

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: اهدایی

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۹۳۵۵۹-۰۰-۹

ISBN:978-622-93559-0-9



9786229355909

فهرست مطالب

پیشگفتار.....	۱
فصل اول.....	۳
۱. کلیات شیوه نامه.....	۷
۱.۱. معرفی راهنما.....	۷
۱.۲. مخاطب راهنمای عمل.....	۷
۱.۳. تعریف مفاهیم و اصطلاحات.....	۸
فصل دوم.....	۱۳
۱. مددکاری اجتماعی در خانه‌ی سلامت؛ اهداف، وظایف و شرایط.....	۱۳
۲. مددکاری اجتماعی در خانه‌ی سلامت؛ اهداف، وظایف و شرایط.....	۱۵
۲.۱. اهداف مددکاری اجتماعی در خانه سلامت.....	۱۵
۲.۲. شرح وظایف مددکاران اجتماعی در خانه سلامت.....	۱۵
۲.۳. صلاحیت مددکاران اجتماعی خانه سلامت.....	۱۸
۲.۴. مهمترین نقش‌های مددکاری اجتماعی در خانه‌های سلامت.....	۲۱
۲.۵. ملاحظات اخلاقی در ارائه خدمات.....	۲۴
فصل سوم.....	۲۹
مبانی نظری.....	۲۹
۳. مبانی نظری.....	۳۱

۳۱	۳.۱. مددکاران اجتماعی در سایر کشورها
۳۲	۳.۲. مبانی نظری در مداخلات مددکاری اجتماعی
۵۷	فصل چهارم
۵۷	اقدامات و بسترسازی‌ها در مددکاری اجتماعی
۵۹	۴. اقدامات و بسترسازی‌ها در مددکاری اجتماعی
۵۹	مقدمه
۵۹	۴.۱. شناسایی و ایجاد رابطه با منابع اجتماعی
۶۱	۴.۲. حمایت‌یابی و مطالبه‌گری
۶۴	۴.۳. راه‌اندازی نظام ارجاع
۶۷	فصل پنجم
۶۹	۵. فرآیند اقدام مددکاری اجتماعی
۶۹	۵.۱. برقراری ارتباط با مراجع
۷۰	۵.۲. تمهیدات پذیرش
۷۲	۵.۳. تصحیح و شفاف‌سازی انتظارات و مقررات اسکان در خانه سلامت
۷۷	۵.۴. مرحله‌ی ارزیابی جامع وضعیت مراجع
۹۱	۵.۵. مرحله‌ی برنامه‌ریزی برای اقدام
۹۶	۵.۶. مرحله تدارک و اجرای اقدام؛ حوزه‌های اقدام مددکاری اجتماعی
۱۳۱	۵.۸. خاتمه رابطه حرفه‌ای
۱۳۳	۵.۹. پیگیری‌های پس از ترک مراقبت
۱۳۵	فصل ششم
۱۳۶	۶. کار گروهی با مراجعان خانه‌ی سلامت
۱۳۷	۶.۱. برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات مددکاری گروهی
۱۴۰	۶.۲. فعالیت‌های اصلی در کار با گروه
۱۵۴	منابع
۱۵۷	پیوست ۱
۱۵۹	۷. ارتباط حرفه‌ای و همدلانه با مراجع
۱۶۹	پیوست ۲
۱۷۱	۸. کارابزارهای ارزیابی

پیوست ۳.....	۱۷۵
۹. شیوه‌های مقابله فرسودگی شغلی در خانه‌ی سلامت.....	۱۷۷
۱۰. باید و نبایدها در خانه‌ی سلامت.....	۱۸۵
پیوست ۵.....	۱۸۷
۱۱. گزارش‌نویسی.....	۱۸۹
پیوست ۶.....	۱۹۳
۱۲. بسته‌ی مداخله مددکاری گروهی با رویکرد قوت‌مدار.....	۱۹۵

پیشگفتار

شیوه‌نامه اقدامات مددکاری اجتماعی در خانه‌ی سلامت عنوان اثری است که پیش رو دارید. خانه‌های سلامت در راستای ارائه خدمات کوتاه و میان‌مدت در نظر دارند شرایط بازگشت دختران در معرض آسیب به خانواده و جامعه را فراهم کنند. در این راستا از متخصصانی بهره می‌برند و در سطوح مختلفی با گروه هدف کار می‌کنند. مداخلات روانشناختی و جامعه‌پذیری بخشی از اقداماتی است که متخصصان سلامت روان برعهده دارند. در این میان اما بخش مهمی از اقدامات جهت توانمندسازی و بازپیوند به اجتماع و خانواده نیازمند پیگیری‌ها و اقدامات تخصصی است که به دانش ویژه‌ای نیاز دارد که در سراسر جهان برعهده‌ی مددکاران اجتماعی است. اقدامات و مراقبت‌هایی که مددکار اجتماعی برعهده دارد بیشتر سمت‌وسوی اجتماعی دارد و فرد را در موقعیت و پیوند با محیط ترسیم می‌کند. دختران ساکن خانه‌های سلامت معمولاً در خانواده‌های آشفته زندگی می‌کنند، از تحصیلات محروم شده‌اند و امکان یادگیری شغل و حرفه و حتی برخی مهارت‌های مهم زندگی را از دست داده‌اند. مددکاران اجتماعی در راستای ترمیم این کمبودها و مشکلات اقدام می‌کنند. این شیوه‌نامه ضمن استفاده از آموزه‌های علمی، از تجارب میدانی و عملی افرادی که در این فیلد صاحب تجربه‌اند، بسیار بهره برده است. در این شیوه‌نامه با تکیه بر رویکردهای نوین در ارزیابی و اقدام، به مددکاران اجتماعی یادآور می‌شود با آگاهی از وضعیت تروماتیک مراجعان، لازم است با ایجاد یک پایه‌ی ارتباطی قوی، اقدامات و پیگیری‌های خود را دنبال کنند. اقداماتی که شرایط بازگشت به خانواده و اجتماع را ارزیابی و بسترهای مورد نیاز را فراهم می‌آورد. اشتغال، تحصیل، کمک به حل مشکلات خانوادگی، پیگیری موضوعات و موانع حقوقی، اوقات فراغت، مداخله در شرایط بحرانی و از اهم اقداماتی است که از مددکاران اجتماعی انتظار می‌رود.

امید است شیوه‌نامه‌ی پیش‌رو به مددکاران اجتماعی در ارائه خدمات تخصصی کمک کند و اهمیت بعضاً فراموش‌شده‌ی اقدامات آنها را در جایگاه متخصصین مراقبتهای اجتماعی در کنار سایر متخصصان سلامت روان برجسته سازد. در این شیوه‌نامه سعی شده به مددکاران اجتماعی یادآوری شود، اقدامات آنها مبتنی بر یک فرایند منطقی و مشخص است و ارائه خدمات مددکاری اجتماعی نیازمند ارزیابی‌های چند بعدی است که مشارکت مراجع در رأس جایگاه محوری دارد. سعی شده مددکاران اجتماعی با مهمترین ویژگی‌های گروه هدف آشنا سازد و آنها را در نقش یک عضو تیم تخصصی به کارابزارهای منحصر به فردی مجهز کند که از عهده‌ی سایر اعضا برنمی‌آید. امید است که مددکاران اجتماعی با رعایت اصول اساسی این راهنما و با بهره‌بردن از خلاقیت و تلاش خود، در ارائه خدمات تخصصی به مراجعانشان موفق و موید باشند.

در نهایت جا دارد از معاون محترم امور اجتماعی جناب آقای دکتر حبیب‌اله مسعودی فرید، مدیر وقت محترم دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی سرکار خانم دکتر فریبا درخشان‌نیا و آقای دکتر محمود علی گو و کارشناسان محترم این دفتر سرکار خانم‌ها اشرف رضایی، فرزانه امیزدانی و لیلا رحیمی نهایت تشکر شود. در این میان لازم است از سرکار خانم اشرف رضایی کمال قدردانی را داشته باشیم که با تلاش خستگی ناپذیر خود ما را در دسترسی به منابع و متخصصان این حوزه بسیار رهنمون شدند و مهمتر این‌که نظارت علمی و اجرایی پروژه برعهده ایشان بود و نهایی شدن این کار بدون تلاشهای ایشان ممکن نبود.

همچنین امید است استاد فرزانه جناب آقای دکتر علی صاحبی و همکار مهربان و متعهدشان جناب آقای دکتر مهدی اسکندری نیز متواضعانه‌ترین سپاس‌گزاری ما را به پاس همراهی صمیمانه‌شان پذیرا باشند.

همچنین جا دارد از دوستانی که با رهنمودهای علمی و تجربی خود ما را در تدوین این شیوه‌نامه همراهی کردند نهایت تشکر و قدردانی را داشته باشیم. امید است خداوند متعال توفیق خدمات شایسته و انسان‌دوستانه را همواره به آنها عنایت فرماید:

– خانم مریم جلالی

– خانم معروفیان پور

– خانم فاطمه اسلامی

– خانم شیما موسوی

– مددکاران و روانشناسان خانه سلامت دولتی دولت آباد

– مددکاران و روانشناسان مرکز ندای مهر تهران

ایوب سلامیان

دکترای مددکاری اجتماعی

۱

فصل اول

کلیات شیوه نامه

۱. کلیات شیوه نامه

۱.۱. معرفی راهنما

تدوین شیوه نامه اقدامات مددکاری اجتماعی در خانه‌ی سلامت به سفارش دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی سازمان بهزیستی کشور در خرداد ماه ۱۳۹۶ شروع شد. همچنان‌که از عنوان اثر برمی‌آید مخاطب این شیوه نامه مددکاران اجتماعی شاغل در خانه‌های سلامت هستند که با دختران در معرض خطر سروکار دارند و وظیفه‌ی مراقبتهای اجتماعی، توانمندسازی و بازپیوند آنها به خانواده و اجتماع را بر عهده دارند. در تدوین جای جای این شیوه نامه از نظریه‌های متعددی استفاده شده است. مولفان شیوه نامه سعی داشته‌اند تا به شیوه‌ای تخصصی از نظریه‌های نوین در کنار نظریه‌های رایج و پایه‌ای در مددکاری اجتماعی استفاده کنند؛ در همین راستا از نظریه‌هایی چون مدل آگاه از آسیب (Trauma informed care)، درمان کوتاه مدت مبتنی بر راه حل (Solution focused brief Therapy)، مصاحبه‌ی انگیزشی در کنار نظریه‌ی سیستم‌ها و نظریه‌ی بوم‌شناختی (Ecological) استفاده شده است. در تدوین این شیوه نامه بیش از ۱۰۰۰ ساعت مطالعه و تحقیق توسط اعضای اصلی انجام شده است. روند تدوین شیوه نامه به این صورت بود که ابتدا مبانی نظری و تجارب عملی مددکاران اجتماعی در کار با دختران آسیب‌دیده و در معرض آسیب و فیلدهای مشابه مطالعه و بررسی شد و در گام بعدی تجارب میدانی و عملی افرادی که به صورت مستقیم در این فیلد خدمت می‌کردند مورد مطالعه قرار گرفت. در همین راستا تمام آنچه گردآوری شد در قالب کدهایی اصلی و زیر طبقات استخراج شدند و در نهایت با نظر متخصصین مهمترین اقدامات و مداخلاتی که مددکاران اجتماعی باید در خانه‌ی سلامت ارائه کنند در قالب فرایند مددکاری اجتماعی، در هیئت شیوه نامه کنونی تنظیم گردید. لازم به ذکر است در تمام مراحل تدوین، محتوای شیوه نامه به بررسی متخصصین و افراد مجرب (که اطلاعات از آنها گردآوری شده بود) گذاشته شد و نهایت تلاش در جهت اعمال نظرات صورت گرفت.

۱.۲. مخاطب راهنمای عمل

همان‌گونه که از عنوان راهنما برمی‌آید مخاطب این متن تخصصی، مددکاران اجتماعی شاغل در خانه‌های سلامت هستند. امید است مددکاران اجتماعی با مطالعه‌ی این راهنما بتوانند مداخلات تخصصی و اثربخشی را به دختران در معرض آسیب مقیم خانه‌های سلامت ارائه کنند. اما علاوه بر مددکاران اجتماعی، مطالعه‌ی راهنما به کادر تخصصی خانه‌ی سلامت اعم از مربی، روانشناس و

مدیر مرکز توصیه می‌شود. آشنایی با نقش مددکاران اجتماعی در خانه‌های سلامت به شفاف‌شدن وظایف، مشخص شدن مرزهای ارائه خدمت و تسهیل فرایند ارجاع و هماهنگی کمک می‌کند. همچنین مطالعه‌ی این راهنما به مددکاران اجتماعی مراکز مداخله در بحران، مراکز اورژانس اجتماعی و کارشناسان دفتر امور آسیب‌دیدگان سازمان بهزیستی پیشنهاد می‌شود.

در نهایت مطالعه‌ی این اثر برای مددکاران اجتماعی در کار با دختران در معرض آسیب‌های اجتماعی پذیرش شده در خانه سلامت الزامی بوده و آشنایی با شیوه‌های برقراری ارتباط، ارزیابی، طراحی برنامه‌ی کمکی و ... از جمله مطالبی است که برای هر مددکاری در هر حوزه‌ای که مشغول به ارائه خدمت است، مفید و حتی ضروری است. این اثر تا حد امکان توانسته اهم شیوه‌های مزبور را گردآوری و با زبانی ساده به مخاطب ارائه کند.

۱.۳. تعریف مفاهیم و اصطلاحات

ارزیابی: فرایندی است که با تکیه بر فلسفه‌ی «شخص در موقعیت» به درک بهتر مددکار، تیم مراقبت و نیز خود مراجع از وضعیت خود ختم می‌شود و شامل مجموعه اقدامات و بررسی‌هایی می‌شود که وضعیت مراجع را از جنبه‌های مختلف فردی-روانشناختی، تحصیلی، شغلی، خانوادگی، اجتماعی و ... بررسی می‌کند.

ارزیابی پیشرفت: فرایندی که طی آن مددکار اجتماعی میزان اجرا و پیشرفت برنامه را اندازه‌گیری می‌کند و با توجه به زمان‌بندی برنامه نسبت به چگونگی اجرای برنامه و اینکه تا حد پیشرفته است، برای هر برنامه اظهارنظر می‌کند (سام آرام، ۱۳۹۲).

بحران: بحران پیشامدی است که به صورت ناگهانی و گاهی فزاینده رخ می‌دهد و به وضعیتی خطرناک و ناپایدار برای فرد، گروه و یا جامعه می‌انجامد. بحران باعث بوجود آمدن شرایطی می‌شود که برای برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق‌العاده است. بحران‌ها بر حسب نوع و شدت متفاوتند. بحران یک عامل فشارزای بزرگ و ویژه است که باعث در هم شکسته شدن انگاره‌های متعارف و واکنش‌های گسترده می‌شود و آسیب‌ها، تهدیدها، خطرهای و نیازهای تازه‌ای به وجود می‌آورد.

برنامه‌ریزی: منظور از برنامه‌ریزی یا طرح کمکی تعیین اهداف برنامه نظیر قادرسازی، توسعه نیروهای فردی خانوادگی، زمان‌بندی برنامه‌ها، آماده‌سازی، برنامه‌های حمایتی، تربیتی، توانبخشی و پیشگیری است (سام آرام، ۱۳۹۰).

برنامه مراقبت: برنامه‌ای است همه جانبه و مدون با هدف رفع نیازهای مراجعان که از بدو پذیرش آنان و با رعایت ضوابط کار تیمی تدوین و هر شش ماه یکبار مرور و مورد بازنگری لازم قرار می‌گیرد.

پزشکی قانونی: سازمانی است وابسته به قوه قضائیه که به منظور کارشناسی در امور پزشکی که نظریات آن

برای مراجع قضائی و سایر سازمان‌های دولتی مستند باشد و بررسی و تحقیق در امور پزشکی قانونی در پیشگیری از وقوع جرم تشکیل شده‌است. نظر این سازمان در خصوص وضعیت سلامت جسمی، جنسی و روانی مراجعان خانه‌ی سلامت، معتبرترین منبع استناد است.

پرونده تحصیلی: پرونده‌ای که در آن کلیه اسناد و مدارک دوران تحصیلی و گزارشات مربوط به امور و عملکرد تحصیلی مراجعان در طول دوران اقامت در خانه‌ی سلامت ثبت می‌شود.

پیگیری: سلسله اقداماتی که به منظور پیشگیری از بروز مجدد مشکل برای مراجع و تعمیم مداخلات به زندگی واقعی پس از ترخیص که در پایان اقدامات تخصصی از طریق مصاحبه و مشاهده رفتار، تماس با خانواده و نزدیکان، طبق برنامه انجام می‌پذیرد.

پیگیری پس از ترخیص: به فرایند کسب اطلاعات و نظارت مستمر بر نحوه‌ی زندگی، وضعیت معیشتی، مراقبتی، تحصیلی و ... دختران پس از ترخیص از خانه‌ی سلامت و تلاش همه جانبه جهت رفع مشکلات احتمالی و ارائه مشاوره‌های لازم اطلاق می‌شود.

توانمندسازی: به معنی افزایش داشته‌ها و ارتقاء ظرفیت افراد و گروه‌ها در مشارکت^۱، مذاکره^۲ و چانه‌زنی^۳ و تاثیرگذاری است. در این فرایند فرد با کسب اعتماد به نفس در روابط بین فردی، جرات ورزی، توان مشارکت در اجتماع و از همه مهم‌تر مسئولیت پذیری... به یک زندگی هر چه مستقل‌تر و بارورتر نزدیک خواهد شد (بانک جهانی، ۲۰۰۲). به همین دلیل شاید بهتر باشد توانمندسازی را با آنچه که نیست تعریف کنیم؛ بی قدرتی، درماندگی آموخته‌شده، از دست دادن احساس کنترل بر زندگی، از خودبیگانگی (دبرا هولدن و همکاران، ۲۰۰۵).

تیم مراقبت: تیم مجربی از افراد حرفه‌ای شامل مدیر، مددکار اجتماعی، روانشناس و مربی است که ضمن آشنایی با امور تربیتی در رابطه مستقیم با دختران قرار دارند که به صورت تیمی در ارائه خدمات تخصصی به گروه هدف فعالیت دارند و هر کدام بخشی از این خدمات را برعهده دارند.

مددکار اجتماعی: فردی است دارای تحصیلات مددکاری اجتماعی یا خدمات اجتماعی که با تکیه بر دانش و مهارت‌های تخصصی خود به کودکان کمک می‌کند تا با شناخت توانایی‌های فردی و بهره‌گیری از امکانات موجود در جهت حل مشکل اقدام تا به استقلال نسبی و رضایت خاطر ی و اجتماعی دست پیدا کند.

۱. participate in

۲. negotiate

۳. haggle

حامی: به شخص حقیقی یا حقوقی اطلاق می‌گردد که به صورت داوطلبانه و به شیوه‌های گوناگون از دختران خانه‌ی سلامت حمایت می‌کند. این حمایتها می‌تواند در زمینه‌های اجتماعی و یا اقتصادی باشد و به عناوین مختلف در اختیار مراجعان قرار گیرد برای نمونه می‌تواند موردی، مالی، تحصیلی و... باشد.

روانشناس: شخصی که دارای حداقل تحصیلات کارشناسی ترجیحاً کارشناسی ارشد در رشته‌های روانشناسی، ترجیحاً روانشناسی بالینی یا عمومی است که وظیفه‌ی ارائه خدمات روانشناسی و مشاوره‌ی کودک و خانواده را در خانه‌ی سلامت برعهده دارد.

مسئول مرکز: فردی است که مسئولیت برنامه‌ریزی، نظارت و هماهنگی در اجرای مناسب و مطلوب برنامه‌های تیم تخصصی و مدیریت امور خانه سلامت را به عهده دارد.

مربی: شخصی با تحصیلات حداقل لیسانس (مطابق دستورالعمل تخصصی) که ضمن حضور تمام‌وقت در خانه‌ی سلامت، به صورت ۲۴ ساعته و بر اساس شیفتهای کاری بر حضور مراجعان نظارت دارند و به عبارتی رعایت تمامی مقررات و قوانین را زیرنظر دارند.

دختر: منظور از دختر هر فرد باجنسیت مونثی است که ازدواج نکرده باشد و از نظر پزشکی قانونی دختر بودن وی تأیید شود.

جامعه‌پذیری: جامعه‌پذیری به معنای کسب دانش و مهارت‌های اجتماعی است که فرد را با ارزش‌ها، هنجارها و نگرش‌های مقبول اجتماعی، هم‌نوا می‌سازد و او را برای مشارکت مؤثر و فعال در زندگی گروهی و اجتماعی آماده می‌کند (اقلیما، ۱۳۸۴).

حمایت‌گری: به معنی اقدام (شامل مذاکره، اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی، پیگیری و...) به نمایندگی از طرف مراجعان و به منظور تأمین منافع آنهاست. حمایت‌گری زمانی توسط مددکاران اجتماعی انجام می‌شود که خود مراجع به دلیل محدودیت‌های موجود قادر به انجام آن نباشد (انجمن علمی مددکاران اجتماعی: ۱۳۹۲).

حمایت اجتماعی: به مجموعه خدمات و امتیازاتی اطلاق می‌شود که عمدتاً توسط مددکاران اجتماعی از صاحبان منابع مالی، انسانی و اطلاعاتی در قالب افراد و موسسات- پیگیری و دریافت می‌شود و هدف آن کمک به بهبود شرایط و تثبیت تغییرات مثبت به نفع مراجعان است. این حمایتها می‌تواند به صورت کمک هزینه‌های موردی، تقبل هزینه‌های ثابت، حمایت از اشتغال، حمایت تحصیلی، اطلاعاتی و دانشی و... باشد.

خانواده مؤثر: خانواده‌ی که ضمن برآوردن حداقل نیازهای رفاهی فرد من جمله نیاز به اسکان، خورد و خوراک، پوشاک و...، از نظر اخلاقی، اجتماعی و اقتصادی در وضعیت مقبولى قرار داشته باشد و شرایط رشد سالم فرد را فراهم نموده و او را از گرفتار شدن در دام آسیب‌های روانی-اجتماعی در حد متناسبی مصون سازد.

خانواده جایگزین (شبه خانواده): خانواده‌ای که سرپرستی از کودک تحت سرپرستی سازمان را به صورت موقت (با حکم قضایی امین موقت) یا دائم (با حکم قضایی فرزند خواندگی) بر عهده می‌گیرد.

خانواده: خانواده یک نظام متشکل از دو یا چند فرد در تعامل با هم است که به وسیله ازدواج، تولد یا فرزندخواندگی دور هم جمع شده‌اند. این افراد خود را یک واحد برای یک هدف مشترک و یا ارتقاء رشد و توسعه جسمی، روحی، عاطفی، اجتماعی، فرهنگی، مالی و معنوی هر یک از اعضای واحد متحد می‌دانند (مک‌لنن، ترجمه اسلامیان و همکاران، ۱۳۹۶).

در معرض آسیب: به فردی که در وضعیتی قرار دارد که به دلایلی همچون محرومیت از خانواده یا خانوادگی موثر و یا زندگی در شرایط پرخطر، در معرض تهدیدات جانی، سلامتی، امنیتی قرار می‌گیرد.

همدلی: به معنی درک احساسات دیگران آن چنان که گویی احساسات خود ماست یا به عبارتی داشتن درک دقیق احساسات و افکار شخصی دیگر ضمن حفظ جدایی از او. همدلی، توانایی مهمی است که فرد را با احساسات و افکار دیگران هماهنگ می‌کند، او را به دنیای اجتماعی پیوند می‌زند.

مددکاری گروهی: مددکاری گروهی را یکی از روش‌های اصلی مددکاری اجتماعی می‌دانند که هدف آن توانمندسازی و پیشرفت دادن نحوه انجام وظیفه و کارکرد اجتماعی فرد از طریق تجربه‌های آگاهانه و هدفمند گروهی است.

گروه: به تعدادی از افراد اطلاق می‌شود که با یکدیگر روابط متقابل دارند و بر اساس چشمداشت‌های رفتاری مشترک، به یکدیگر احساس وابستگی می‌کنند.

مراقبت: به مجموعه فعالیت‌های حرفه‌ای، باهدف فراهم نمودن سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کودکان اطلاق می‌شود.

میانجی‌گری: منظور از میانجی‌گری مددکاری اجتماعی در حل اختلافات خانوادگی، شیوه‌هایی است که مددکار به خدمت می‌گیرد تا بین ارزشهای ادراک شده طرفین اختلاف همسویی ایجاد نماید. مددکار اجتماعی مانع از این می‌شود که مساله برد و باخت برای طرفین تعارض مهم جلوه کند.

مراقبت در خانواده: مجموعه‌ای از برنامه‌های توانمندسازی و مراقبتی به منظور کمک به خانواده‌ها در پرورش و مراقبت از دختران مراجعه‌کننده به خانه‌ی سلامت به روش‌های؛ مراقبت و پرورش نزد والدین (پدر و مادر و جد پدری) یا خانواده جایگزین صورت می‌پذیرد.

مراقبت در خانه سلامت: مجموعه برنامه‌هایی است که به منظور مراقبت و پرورش از دختران با هدف زمینه‌سازی برای انتقال فرد به خانواده یا جامعه در خانه‌ی سلامت تدوین گردیده است. این برنامه معمولاً کوتاه مدت و موقتی است.

راهنمای عمل مددکاری اجتماعی: به مجموعه اقدامات و دستورالعمل‌هایی که در رابطه با ارائه خدمات تخصصی اطلاق می‌شود که توسط سازمان بهزیستی کشور به مددکاران اجتماعی ارائه می‌شود و انتظار می‌رود مددکاران اجتماعی طبق این دستورالعمل‌ها اقدام کنند. این راهنمای عمل مبنای نظارت بر اقدامات مددکاری اجتماعی از مرحله پذیرش مراجع تا مراقبتهای پس از ترخیص خواهد بود.

نظارت بیرون از خانه‌ی سلامت: به مجموعه اقدامات نظارتی که اغلب توسط مددکار اجتماعی بر اقدامات و عملکرد مراجع در بیرون از خانه‌ی سلامت اعمال می‌شود، اطلاق می‌گردد. این نظارت‌ها به شیوه‌های حضور در مدرسه، محل کار، ملاقاتها و به طور کلی حضور مراجع در بیرون از مرکز اعمال می‌شود.

مهارت‌های زندگی: توانایی‌هایی هستند که با تمرین مداوم پرورش می‌یابند و شخص را برای روبه‌رو شدن با مسایل روزانه زندگی، افزایش توانایی‌های روانی، اجتماعی و بهداشتی آماده می‌کنند. بطور کلی مهارت‌های زندگی عبارتند از توانایی‌هایی که منجر به ارتقای بهداشت روانی افراد جامعه، غنای روابط انسانی، افزایش سلامت و رفتارهای سلامتی در سطح جامعه می‌گردند (مک گراو، ۱۳۹۴).

مدیریت مورد: مدل حرفه‌ای و مشارکتی است که شامل بیماران، پرستاران، مددکاران اجتماعی، پزشکان و سایر شاغلین، مراقبت‌گیرندگان و اجتماع است. فرایند مدیریت مورد، در جستجوی هماهنگی هرچه موثرتر منابع از طریق ارتباط و تسهیلگری است. اهداف مدیریت مورد عبارت است از دستیابی به سلامت مطلوب، دسترسی به مراقبت و کاربرد درست منابع؛ که در آن حق خود تصمیم‌گیری مراجع موجب تعادل این فرآیند است.

مدافعه‌گری: منظور از مدافعه‌گری فرایندی است که طی آن فرد (افراد) یا افراد آسیب‌دیده یا گروه یا نمایندگان مورد قبول آنان از طریق فشار آوردن موثر بر افراد دارای نفوذ و قدرت، سعی در حل مسائل خود در موقعیت‌هایی که به طور مستقیم بر آنان اثر دارند و یا درصدد پیشگیری از تغییرات احتمالی که ممکن است وضعیت آن‌ها را بدتر کند، هستند.



فصل دوم

مددکاری اجتماعی در خانه‌ی سلامت؛

اهداف، وظایف و شرایط

۲. مددکاری اجتماعی در خانه ی سلامت؛ اهداف، وظایف و شرایط

۲.۱. اهداف مددکاری اجتماعی در خانه سلامت

مددکاران اجتماعی در راستای توانمندسازی و استقلال دختران مراجع در خانه های سلامت در صدد دستیابی به برخی اهداف هستند که خدمات آنها را جهت می بخشد. این اهداف وظایفی را برای مددکاران اجتماعی به دنبال خواهد داشت که انتظار می رود در چارچوب آن اقدام کنند. به هر تقدیر اهداف واحد مددکاری اجتماعی به شرح زیر خواهد بود:

۱. توانمندسازی روانشناختی، حرفه ای و شغلی مراجعان
۲. ارتقاء کیفیت زندگی مراجعان
۳. ارتقاء سلامت روانی اجتماعی مراجع
۴. بازتوانی خانواده و بهبود شرایط خانواده جت بازگشت مراجع
۵. حمایت از استقلال و خودکفایی مراجعان
۶. تلاش جهت بازگشت به مدرسه و ارتقاء وضعیت تحصیلی مراجعان
۷. کمک به ارتقاء تاب آوری دختران در خانه سلامت
۸. تلاش جهت ایجاد آرامش، امنیت و صمیمیت در خانه سلامت
۹. نظارت و ارائه خدمات مراقبتی جهت پیشگیری از بروز بحران و آسیب های روانی- اجتماعی
۱۰. راه اندازی سیستم ارجاع و پیگیری به موقع، کارآمد و موثر جهت ارائه خدمات به هنگام و موثر
۱۱. راه اندازی رویکرد مدیریت مورد با تاکید بر نقش تسهیلگری و میانجی گری و هماهنگ سازی مددکاری اجتماعی
۱۲. راه اندازی نظام پیگیری پس از ترخیص و ارتباطات پس از خروج از مرکز
۱۳. تلاش جهت ارتقاء آگاهی و نشاط مراجعان در خانه سلامت
۱۴. جلب منابع حمایتی متنوع برای خانه سلامت

۲.۲. شرح وظایف مددکاران اجتماعی در خانه سلامت

باید در نظر داشته باشید هدف نهایی ارائه خدمات مددکاری اجتماعی در خانه سلامت همانگونه که برشمرده شد کمک به استقلال، خودکفایی و توانمندسازی دختران پذیرش شده در مرکز است. دستیابی به چنین اهدافی نیازمند انجام برخی وظایف است که می‌توان مهمترین وظایف شما به عنوان یک مددکار اجتماعی در خانه سلامت ضمن رعایت موازین، ضوابط و اصول حرفه‌ای به شرح زیر است:

۲.۱.۱. تکمیل پرونده و انجام ارزیابی:

- بررسی مدارک و مستندات مربوط به شرایط پذیرش در خانه سلامت
- بررسی مستندات و مدارک موجود در پرونده و اقدام جهت تکمیل آن
- بررسی گزارش مرکز مداخله در بحران و ارزیابی فقدان حمایت خانوادگی موثر و شرایط آسیب‌زا
- ایجاد ارتباط حرفه‌ای با مراجع و خانواده او
- ارزیابی جامع از وضعیت خانوادگی، اجتماعی، سلامتی و اقتصادی مراجعان از طریق مصاحبه، بازدید منزل، تحقیق محلی و...
- ارائه گزارش دقیق از وضعیت خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی مراجعان در تیم تخصصی خانه سلامت
- بررسی وضعیت خشونت‌دیدگی و آسیب‌دیدگی مراجع و ثبت مستندات مربوط به آن در پرونده مراجع
- ارزیابی و شناسایی توانمندی‌ها، استعدادها و نقاط قوت مراجع و برنامه‌ریزی جهت استقلال، خودکفایی جهت عملی کردن آنها
- تشکیل پرونده برای هر کدام از مراجعان و ثبت مستمر شرایط تحصیلی، خانوادگی و... در آن
- شرکت در دوره‌های آموزشی و تلاش در جهت کسب دانش روز حرفه مددکاری و توسعه مهارت‌های فردی
- تلاش در جهت تدوین گزارش و مقالات علمی و تحلیلی مرتبط با گروه هدف

۲.۱.۲. توانمندسازی

- توانمندسازی روانشناختی مراجعان
- توانمندسازی حرفه‌ای و شغلی مراجعان
- توانمندسازی خانواده

۲.۱.۳. حمایت‌یابی و تامین مراقبت

- راه‌اندازی شبکه ارجاع فعال و جامع جهت ارجاع مراجعان در صورت نیاز

- حضور مؤثر در تیم تخصصی و مشارکت در پیگیری و بازنگری برنامه‌های تیم تخصصی
- پیگیری مسائل حقوقی و همراهی مراجع در اقدامات قضائی و حقوقی مانند پیگیری وضعیت حضانت، قیمومیت و... با هماهنگی کارشناس حقوقی
- اقدام به عنوان مدیر مورد و تلاش جهت هماهنگی در ارائه خدمات تیمی
- تسهیل شرایط اشتغال مراجع از طریق برنامه‌ریزی به منظور حرفه‌آموزی و کاریابی متناسب با شرایط سنی، استعداد و...
- نظارت کامل بر فرایند تحصیلی مراجعان همانند پیگیری بازگشت به تحصیل، وضعیت تحصیلی و...
- حمایت‌یابی و تسهیل شرایط تحصیل مراجعان همانند شرکت در کلاسهای کمک‌درسی، جلب داوطلبان و حامیان تحصیلی جهت برگزاری کلاسهای تقویتی و...
- ارائه گزارش به مقامات قضائی در مواردی همچون ترک بدون هماهنگی مرکز، تغییرات در وضعیت پرونده‌ی مراجع و...
- نظارت بر وضعیت مراجع در مرکز و بیرون از آن در بحرانهایی نظیر خودکشی، خودزنی و...
- پیگیری اقدامات و ارجاعات درمانی و حمایتی و ارائه گزارش به مسئول مرکز و درج در پرونده
- تهیه گزارش ترخیص و تکمیل مدارک مربوطه و درج در پرونده به همراه تیم تخصصی
- شناسایی و بسیج منابع اجتماعی جهت حمایت همه‌جانبه از مراجعان خانه سلامت از طریق تسهیلگری در ارائه خدمات و حمایت‌های اجتماعی برای مراجعان و تلاش جهت دستیابی به منابع اجتماعی خارج از سازمان جهت حل مشکلات مراجعان.
- ارائه نقش مدافعه‌گری در مواردی که حق مراجع به دلایلی ممکن است تضییع شود.
- برقراری ارتباط با سایر نظام‌های بیرون از خانه سلامت، همچون نظام قضائی، آموزش و پرورش، بهداشت و درمان و... از طریق معرفی خدمات مرکز، ارائه گزارش عملکرد و یا دعوت از آنها برای حضور در مرکز در راستای تسهیل همکاری‌های دو جانبه و تشکیل ائتلاف به نفع مراجعان
- آگاه‌سازی مراجعان از حقوق خود در مرکز
- ارائه حمایت‌های عاطفی و روانی به مراجعان جهت کاهش تنش و مشکلات خلقی و عاطفی
- پیگیری امور فرهنگی، آموزشی، رفاهی و مذهبی مراجعان
- مشارکت و هماهنگی با مسئول و تیم تخصصی به منظور برنامه‌ریزی جهت نحوه گذران اوقات فراغت
- برگزاری جلسات گروهی و آموزشی جهت ارتقاء تاب‌آوری و مسئولیت‌پذیری مراجعان با همکاری روانشناس مرکز
- برنامه‌ریزی و پیگیری امور مربوط به ازدواج خدمت‌گیرندگان
- شرکت در جلسات مرتبط با خانه‌ی سلامت در سازمان بهزیستی و سایر سازمانها
- شرکت در کمیته امور آسیب‌دیدگان اجتماعی استان (در صورت نیاز) و پیگیری تصمیمات اتخاذ شده

- نظارت بر رفتارهای پرخطر و احتمالاً آسیب‌زنده‌ی مراجعان، ارائه خدمات مشاوره به خانواده مراجعان و انجام بازدید از منزل
- آموزش مهارت‌های مقابله با مشکلات و آموزشی مهارت‌های زندگی به مراجع با همکاری روانشناسی
- ارزیابی و رفع نیازهای رفاهی، تربیتی، عاطفی، آموزشی مراجعان خانه

۴. ۱. ۲. بازپیوند به خانواده

- بسترسازی و میانجی‌گری جهت بازگشت مراجع به خانواده، مانند حمایت‌یابی مالی برای خانواده، کمک به درمان عضو مصرف‌کننده، ارائه آموزش به خانواده‌ها برای کاهش خشونت علیه مراجع قبل از ترخیص مراجع از مرکز و بازگشت به خانواده
- پیوند خانواده با تیم تخصصی و بسترسازی جهت ارائه آموزش به خانواده و تسهیل امکان حضور فعال آنها در آموزش‌ها
- شرکت در جلسات تیم تخصصی در موارد تصمیم به ترخیص، ارجاع به سایر مراکز یا مشورت تخصصی درباره کیسهای بحرانی
- معرفی خانه سلامت به مراکز، نهادهای و موسسات دولتی و غیر دولتی جهت ارجاع دختران در معرض آسیب به مرکز
- نظارت بر ارتباطات مراجعان با جنس مخالف و گزارش موارد آسیب‌زنده به مدیریت مرکز
- برنامه‌ریزی و نظارت بر مرخصی مراجع، ملاقات مراجع با اعضای خانواده و بستگان
- تنظیم گزارش عملکرد واحد مددکاری و ارائه آن به مدیریت خانه و سازمان بهزیستی
- بررسی شرایط ترخیص مراجع و بازگشت به اجتماع و خانواده و انجام پیگیریهای مستمر پس از ترخیص
- بررسی امکان بازگشت به خانواده و ایجاد شرایط امن و پایدار بازگشت
- برقراری ارتباط با خانواده، بستگان و شبکه ارتباطی فرزند جهت اطمینان از امنیت فرزند در زمان بازگشت به خانواده
- ارزیابی مستمر امنیت فرزند در دوره بازگشت با تاکید بر روزهای اول بازگشت به خانواده

۳. ۲. صلاحیت مددکاران اجتماعی خانه سلامت

- به دلیل حساسیت فعالیت خانهای سلامت، باید مددکاران اجتماعی شاغل در این مراکز از برخی ویژگی‌ها برخوردار باشند تا بتوانند فعالیت حرفه‌ای ارائه کنند:

۱. ۳. ۲. الزامات دانشی

- مددکاران اجتماعی شاغل در خانه‌های سلامت باید از برخی مبانی نظری و دانشی برخوردار باشند که در ادامه به صورت کلی مقولات اصلی دانشی در این خصوص اشاره می‌شوند:
- برخورداری از حداقل مدرک کارشناسی مددکاری اجتماعی، خدمات اجتماعی

■ تبصره: در صورت عدم دسترسی به فارغ‌التحصیلان این رشته‌ها، می‌توان از افراد واجد صلاحیت در حرفه‌های روانشناسی و مشاوره بهره گرفت. در چنین شرایطی آموزشی‌های اولیه به این افراد و اطمینان از تسلط ایشان بر این مطالب ضروری است.

■ اشراف بر دانش نظری و عملی مددکاری اجتماعی

■ آشنایی با ادبیات و مفاهیم حقوقی مرتبط با خانه سلامت نظیر فرار دختران، خشونت علیه کودکان و زنان و...

■ آشنایی با مفهوم خشونت خانگی، نظریات مربوط به آن و اقدامات موثر در رابطه با آن

■ شناخت توانایی‌ها و کاستی‌ها، ارزشها و باورهای خود و عدم دخالت آنها در تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای

■ آشنایی با فعالیت تیم تخصصی خانه‌ی سلامت من جمله رشته‌ی مشاوره و روانشناسی و...

■ آشنایی با عوامل محافظت‌کننده و خطر ساز در خشونت خانوادگی

■ آشنایی با دانش نظری در مددکاری فردی همچون ارزیابی مبتنی بر نقاط قوت

■ آشنایی با مددکاری گروهی مانند پویایی‌های گروهی، چالش‌های گروه، نقشهای اعضا در گروه و...

■ آشنایی با شیوه‌های مداخله در بحران

■ آشنایی با شیوه‌های مددکاری جامعه‌ای همچون برنامه‌ریزی اجتماعی، اقدام اجتماعی و توسعه‌ی محلی

■ برخورداری از اطلاعات کافی در خصوص رویه‌ی ارائه‌ی خدمات سازمانها و نهادی مرتبط همانند پزشکی قانونی، بهزیستی، مراقبتهای پس از خروج از زندان، نیروی انتظامی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و...

۲.۳.۲. الزامات مهارتی

■ توانایی کار با گروه‌های نوجوان و جوان

■ برخورداری از توانایی برقراری ارتباط با مراجعان، همکاران، مدیران و سازمانهای بیرونی

■ برخورداری از توانایی توسعه‌ی ارتباطات با سازمانها

■ برخورداری از مهارت مشاهده بسیار بالا

■ برخورداری از قدرت تشخیص و تمیز بالا

■ توانایی جذب حمایت از سازمانها و افراد حقیقی و حقوقی

■ اشراف بر مهارت گزارش‌نویسی

■ فنون مصاحبه تشخیصی، شرح حال نویسی و تحلیل آن

■ توانایی در ترسیم نمودار خانوادگی، بوم نقشه و سایر کار ابزارهای ارزیابی در مددکاری اجتماعی

■ برخورداری از مهارت چانه‌زنی و متقاعدسازی افراد و سازمانها

■ تسلط بر شیوه‌های جمع‌آوری اطلاعات همچون مصاحبه، مشاهده و تحقیق محلی

■ برخورداری از مهارت میانجی‌گری

■ برخورداری از مهارت تشخیص نیازها، انگیزه‌ها و اهداف مراجعان

- آشنایی با فعالیت مددکاری گروهی
- تسلط بر مهارت مصاحبه انگیزشی

۲.۳.۳. ویژگی‌های عمومی و شخصیتی

- تمایل به انجام کار خیر و داشتن حس نوع دوستی
- مسئولیت‌پذیری در قبال مراجعان
- برخورداری از حسن شهرت در محل کار و توانایی برقراری ارتباطات با همکاران
- برخورداری از ارزشهای انسانی
- نداشتن نگاه قضاوت‌گرانه به مراجعان
- پایبندی به اصول اخلاقی حرفه
- سطح رشد اخلاقی و توان درک اخلاقی
- سطح انرژی روانی برای انجام فعالیت لازم
- مسلط بر هیجانات و عواطف خود
- برخورداری از پوشش متناسب با عرف سازمانی و اجتماعی
- مسئولیت‌پذیری مبتنی بر واقع بینی
- خویشتن‌داری و خودکنترلی
- قدرت تصمیم‌گیری و حل مساله
- برخورداری از تعهد شخصی، شغلی و سازمانی
- رازداری
- پذیرا و خوش‌رو
- پیگیر و فعال
- خودداری از پیشداوری
- رعایت رفتار سازمانی با توجه به حساسیت‌ها و محدودیت‌های مربوط به گروه هدف خانه
- توانایی کنترل احساسات
- شاداب و با روحیه
- خلوص نیت در خدمت‌رسانی
- توانایی برقراری ارتباط با دیگران جهت تحقیقات محلی
- برخورداری از اعتماد به نفس
- برخورداری از سلامت روانی

- برخورداری از سلامت جسمی در حدی که توانایی و سرعت عمل مددکار را در پیگیری امور بیرون از مرکز نظیر تحقیقات محلی و... کم نکند.
- حساس بودن نسبت به کودک‌آزاری، همسرآزاری و انواع خشونت
- پایبند به اصول و ارزش‌های مددکاری اجتماعی

۲.۴. مهم‌ترین نقش‌های مددکاری اجتماعی در خانه‌های سلامت

مددکاران اجتماعی در خانه‌های سلامت، نقش‌های متعددی را برعهده دارند. این نقش‌ها در وظایف و رسالت‌های مددکاری اجتماعی ریشه دارند. به این ترتیب برخی نقش‌ها به عنوان راهنمای مددکاران اجتماعی هستند.

۲.۴.۱. ارزیاب

مددکاران اجتماعی خانه‌های سلامت در هیئت یک متخصص ارزیابی، به طور سیستماتیک به ارزیابی مراجعان و خانواده‌های آنان می‌پردازند. نتایج چنین ارزیابی به ارائه خدمات تخصصی‌تر الزامی است. ارزیابی مددکاران اجتماعی مکمل ارزیابی‌های روانشناختی است. نتیجه ارزیابی مددکار اجتماعی در پرونده ثبت می‌شود و ممکن است یک نسخه از آن به دادگاه و مراجع قانونی ارائه شود. مددکاران اجتماعی در ارزیابی‌های خود از کار ابزارهایی همچون مصاحبه، مشاهده، نمودار خانوادگی و بوم‌نقشه استفاده می‌کنند.

۲.۴.۲. محقق و جمع‌آوری‌کننده اطلاعات

مددکاران اجتماعی در نقش جمع‌آوری اطلاعات، تحقیقاتی در خصوص مراجعان خود انجام می‌دهند و نتایج آن را در اختیار همکاران خود در خانه سلامت و احیاناً مراجع قضایی می‌گذارند. برای مثال مددکاران اجتماعی به هنگام بازدید منزل، امکان هر نوع اعمال خشونت و امکان نا امنی مراجع را مورد بررسی قرار می‌دهند. در این رابطه اغلب اطلاعاتی که امکان تصمیم‌گیری در رابطه با صدور حکم برای مرجع قضائی و یا مشخص شدن فرایند مداخلات را فراهم می‌سازد، توسط مددکاران اجتماعی گردآوری می‌شود. اطلاعات در خصوص وضعیت خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، شیوه زندگی، موانع بازگشت به زندگی عادی و... از جمله این اطلاعات است.

۲.۴.۳. مشاور: مددکار اجتماعی در پاره‌ای از موارد نقش مشاور را برعهده خواهد داشت. مشاوره و آموزش خانواده یکی از مهم‌ترین این موارد است. مددکار در نقش یک مشاور و آموزش‌دهنده می‌تواند اطلاعاتی را در اختیار مقامات قضایی قرار دهد. برای نمونه مددکاران اجتماعی می‌توانند برنامه‌های مداخله‌ای برای مرتکبان آزار اجرا کنند و والدین آزارگر به کمک این برنامه می‌توانند نگرش‌ها و رفتارهایی که به فرزند خود دارند را تغییر دهند.

۲.۴.۴. مسئول ارتباطات اجتماعی: مددکاران اجتماعی رابط میان نظام‌های اجتماعی و خانه سلامت هستند. آنها دسترسی مراجعان را به منابع اجتماعی و شبکه‌های حمایتی فراهم سازند. مراجعان خانه‌ی سلامت با

مشکلات و مسائلی فراوانی مواجه هستند. آنها به خدمات درمانی، مشاوره، حمایتی، تحصیلی و... نیاز جدی دارند که دستیابی به آنها تنها مستلزم ارتباطات اجتماعی وسیعی است که از مددکاران اجتماعی انتظار می‌رود. به عبارتی در موارد متعددی ارتباط با سازمانها و نهادهایی همچون نهاد محلی، مدرسه، پزشکی قانونی و... ضروری است که مددکاران اجتماعی شایسته‌ترین و متخصص‌ترین اعضای شاغل در نظام قضائی در این رابطه هستند.

۲.۴.۵. شاهد متخصص^۱

مددکاران اجتماعی اطلاعات مورد نیاز در رابطه با نیازهای رفاهی افراد، خانواده‌ها، گروهها و جوامع را فراهم می‌کنند. ارائه شهادت تخصصی به مراجع قضایی در تصمیم‌گیری راجع به این که آیا مردم نیازمند قوانین جدید هستند یا خیر کمک می‌کند. مددکاران اجتماعی در مواردی به عنوان شاهد در دادگاه حاضر خواهند شد.

۲.۴.۶. تسهیلگر

ارائه خدمات به مراجعان نیازمند تسهیلگری‌های فراوانی است که همانند یک زنجیره‌ی متصل به هم در اختیار مراجعان قرار گیرند. مددکاران اجتماعی گزینه‌ی مناسبی برای تسهیلگری مابین تیم تخصصی و نیز تسهیلگری در دستیابی به خدمات متنوع هستند.

۲.۴.۷. تغییر در قوانین و سیاست‌گذاری‌ها

این مورد از دیگر نقشهای مددکارهای اجتماعی است (روزنبرگ، ۱۳۹۵). طبق نظام‌نامه اخلاقی انجمن ملی، لازم است مددکاران اجتماعی در هر فیلدی که خدمت می‌کنند تغییر سیاستها و قوانین را در جهت ارتقاء عدالت اجتماعی هدف گرفته و در این راستا حمایت‌یابی (Advocacy) کنند (انجمن ملی مددکاران اجتماعی، ۲۰۰۵). به عبارتی حوزه‌ی سیاسی به عنوان بستر قانون‌گذاری و تغییر در سیاستهای کلی جامعه بخش مهمی از کار مددکاران اجتماعی است که می‌خواهند در سطح کلان و جامعه‌ای و تغییرات اجتماعی فعالیت کنند. مددکاران اجتماعی در این حوزه با هدف رسیدن به جامعه‌ای عاری از بی‌عدالتی در جهت تغییر قوانین فعالیت می‌کنند (روزنبرگ، ۱۳۹۵).

۲.۴.۸. میانجی‌گری

مددکاران اجتماعی در نقش میانجی‌گر، می‌توانند عامل میانجی‌گری در اختلافات و تنشهای خانوادگی و... باشند. برای نمونه در مواردی که اختلافات و تنش عامل فرار مراجعان و پناه آوردن به خانه سلامت است، مددکار در نقش میانجی می‌تواند عامل پیوند مجدد مراجع با خانواده شود.

جوامع امروزی بسیار پیچیده است و مردم همواره درگیر مسائل و مشکلات قضائی هستند. در این رابطه یکی از روش‌های مورد استفاده میانجی‌گری می‌باشد. میانجی به حل تعارضات موجود بین طرفین درگیر مشکلات خانوادگی، اقتصادی و... می‌پردازد. مددکاران اجتماعی به عنوان کسانی که مهارت‌های ارتباطی و مذاکره کردن را می‌دانند، می‌توانند به عنوان میانجی به حل تعارضات بپردازند (روزنبرگ، ۱۳۹۵).

عدالت احیاگر نوعی از این مداخلات میانجی است. عدالت احیاگر مستلزم برپایی یک یا مجموعه‌ای از چند

۱. Expert witnesses

۲.۴.۹. مدافعه‌گری و توسعه منابع

مددکار در این نقش وظیفه حمایت و مدافعه‌گری را برعهده دارد. این حمایت‌ها می‌تواند اطلاعاتی باشد درباره‌ی وکلایی که حاضرند از مراجع حمایت کنند، یا فراهم کردن اسکان بلند مدت برای مراجعانی است که به لحاظ فیزیکی در خطرند و قادر به بازگشت به خانه نیستند. همچنین مددکاران اجتماعی موظفاند مراجع را از خدمات موجود آگاه سازند. آنها می‌توانند با مراجعان در زمینه تجربه غم‌انگیزشان در این خصوص صحبت کنند و راهنمایی‌های لازم در جهت کاهش احساس شرم را بدان‌ها ارائه دهند. این امر به خصوص برای مراجعانی که مدت‌های طولانی مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند لازم است. آنها همچنین باید مراجعان را برای جلسه محاکمه آماده کنند. در راستای حمایت از مراجعان، مددکاران اجتماعی باید قادر به ارزیابی نیازهای آنها، ارجاع مراجعان به خدمات مناسب، حمایت از حقوق آنها، توانمندسازی و کمک به آنها باشند (بارکر و براسنون، ۲۰۰۰).

چه بسا وکلای مراجعان با مددکاران اجتماعی تماس گیرند تا در مورد مراجعان خود اطلاعاتی به آنها بدهند. به طور معمول مراجع باید پیش از ارائه‌ی این اطلاعات یک فرم ارائه‌ی اطلاعات را امضا کند. همچنین مددکار اجتماعی باید ابتدا مطمئن شود که وکیل نماینده‌ی کدام یک از طرفین است، ماهیت اقدام او چیست، اطلاعات به چه دلیل درخواست شده است و چارچوب زمانی این کار چیست (بارسکی و گولد، ۲۰۲).

۲.۴.۱۰. حمایت‌گری

به معنی اقدام (شامل مذاکره، اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی، پیگیری و ...) به نمایندگی از طرف مراجعان و به منظور تأمین منافع آنهاست. حمایت‌گری زمانی توسط مددکاران اجتماعی انجام می‌شود که خود مراجع به دلیل محدودیت‌های موجود قادر به انجام آن نباشد (معارفوند و همکاران: ۱۳۹۲).

یکی از مهمترین منابع حمایتی مددکاران اجتماعی، قضات و مقامات قضایی و انتظامی هستند که با آنها همسو و هم ارزش هستند. به این ترتیب یکی از مهمترین اقدام مددکاران اجتماعی ارائه آموزش و مشاوره به مقامات قضائی در رابطه با خشونت علیه کودکان، دختران و به طور کلی خشونت خانوادگی و اثرات آن است. یک قاضی همراه و همسو، تاثیر فراوانی در ارائه خدمات مددکاری اجتماعی دارد.

۲.۴.۱۱. انجام تحقیق و ارائه گزارش‌ها

از طرفی در سطح خُرد مددکاران اجتماعی در موسسات خصوصی و دولتی فعالیت می‌کنند. تهیه گزارش‌ها تخصصی و گزارش‌ها مددکاری برای مراجع تصمیم‌گیر از جمله فعالیت‌های آنها است. شناخت منابع مورد استفاده از جمله مهارت‌های وکالتی و حرفه‌ای مددکار اجتماعی است. بسیاری از حوزه‌ها از جمله خدمات فرزندخواندگی نیز تحت الشعاع مجموعه فعالیت‌های مددکار اجتماعی در این حوزه قرار می‌گیرد. بخشی از فرآیند فرزندخواندگی، بازدید از منزل والدین متقاضی است که مددکار اجتماعی شرایط تحصیل و خانوادگی متقاضیان را بررسی می‌کند.

مددکاران این حوزه معمولاً در یک آژانس و موسسه خدمات اجتماعی مشغول به کار هستند (روزنبرگ، ۱۳۹۵). در مراکز خانه سلامت مددکار اجتماعی به بررسی شرایط فردی و خانوادگی و اجتماعی مراجع در راستای شناخت توانمندی‌ها و امکانات مراجع به منظور دستیابی به ایجاد محیطی امن برای مراجع و توانمندسازی تحقیقات خود را انجام داده و نتایج را در پرونده ثبت می‌نماید.

۵.۲. ملاحظات اخلاقی در ارائه خدمات

انجمن ملی مددکاری اجتماعی ایالات متحده برخی کدهای اخلاقی را برای مددکاران اجتماعی تعیین کرده است، که در ادامه‌ی بحث مسئولیت اخلاقی مددکار اجتماعی در قبال مراجعان بیان می‌شود:

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت نباید بر اساس نژاد، ملیت، مذهب، رنگ، سن، جنس، جهت‌گیری‌های جنسیتی، معلولیت‌های فیزیکی و ذهنی، عقاید سیاسی، پایگاه قانونی و وضعیت تاهل در ارائه خدمات تفاوتی قائل شود.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید منابع ارجاع را به خوبی بشناسد، مراجعان را از هدف ارزیابی و ماهیت درمان مطلع ساخته و کسی که اطلاعات در اختیار او قرار خواهد گرفت را از استانداردهای محرمانه مطلع نماید.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت نباید از درمانهایی که می‌تواند برای سلامت احساسی، فیزیکی یا روانی مراجعان‌شان آسیب‌زا باشد استفاده کند.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت در زمان‌هایی که لازم است از افراد و متخصصین دیگر مشورت می‌گیرد.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید مراجعان‌شان را -زمانی که تصور می‌کند منافع آنها با ارجاع به سایر متخصصین و سازمان‌ها بهتر تامین می‌شود،- ارجاع دهد. ضمن آنکه مراجعان باید از چنین ارجاعاتی مطلع باشند.

■ زمانی که ادامه کار برخلاف خواسته مراجع فسخ می‌شود، باید مراقبتهای لازم صورت گیرد، علت چنین تصمیمی توضیح داده شود و از تداوم خدمات به شکلی مناسب توسط سایر سازمانها و متخصصین اطمینان حاصل گردد.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید از محرمانه‌ماندن تمامی اسناد و گزارش‌ها اطمینان حاصل کند. هر نوع افشاگری تنها با اطلاع مراجع و رضایت تمام و کمال وی صورت می‌گیرد.

تبصره ۱: مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت ملزم است، بنابر درخواست رسمی، اطلاعات مربوط به مراجع را در اختیار مقامات بالاتر قرار دهد.

تبصره ۲: مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت برای ارائه خدمات بهتر و تخصصی‌تر، اطلاعات مربوط به پرونده را در اختیار همکارانش قرار می‌دهد.

تبصره ۳: مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید هر سند یا گمانی را که در مورد سوء استفاده یا غفلت از کودکان، سوء استفاده از بیماران و یا هر فرد وابسته دیگری دارند، گزارش کند، تا سازمانهای مربوطه حسب قوانین با آنها برخورد کنند.

تبصره ۴: رازداری در خصوص احتمال قتل و یا خودکشی موضوعیت ندارد. بدین معنا که مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت، می‌بایست این دست اطلاعات را به مسئولین و مراجع بالادست و یا خانواده خود فرد افشا کرده و

یا به خانواده فرد در معرض قتل اطلاع دهد.

تبصره ۵: مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید زمانی که تهدید جدی برای آسیب‌رسانی جسمی از طرف مراجعان وجود دارد، مقامات قانونی مناسب و قربانیان بالقوه را در جریان بگذارد.

تبصره ۶: مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید مراجعان خود را از تمام محدودیت‌های احتمالی در رعایت رازداری آگاه سازد.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید خدماتی را برای دسترسی مراجعان بی‌بضاعت فراهم کند.
■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید در ازای خدماتی که ارائه می‌دهند، از سازمان حق الزحمه دریافت کند.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت نباید به فعالیت‌های غیرقانونی من جمله تقلب و فریب مبادرت ورزد.
■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت نباید هیچ چیز با ارزشی را برای ارجاع و یا دریافت یک مراجع از همکاران درخواست، پرداخت و یا دریافت کند.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت نباید مشکلات شخصی خود، بیماری‌های روانی یا وابستگی به الکل و مواد را در نوع خدمات‌دهی به مراجعان دخیل کند.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت تنها با رضایت مراجعانش مصاحبه‌ها را ضبط کند.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید در مورد مراجعانی که زیر سن قانونی هستند محتاطانه عمل کرده و اطمینان حاصل کند که تنها اطلاعات لازم برای پیشرفت برنامه درمانی مراجع از والدین، و سازمانها دریافت می‌شود.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت ملزم به بررسی تاثیر قوانین پیشنهادی بر عمل مددکاری اجتماعی در این حوزه می‌باشد.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید کیفیت خدمات و استانداردها را به شکلی برابر برای مراقبت از عموم مردم بالا ببرد.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت نباید سوگند خود را زیر پا گذارد.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت نباید مسئولیت‌ها و وظایف خود را به اشخاص دیگری که شایستگی لازم برای انجام وظایف و پذیرش مسئولیت‌های آنها را ندارند، محول کند.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت نباید از دانش حرفه‌ای و مهارت‌های خود در جهت آسیب‌رسانی به بهزیستی عموم مردم بهره گیرد.

در کتاب اصول اخلاقی در حرفه مددکاری اجتماعی (معارفوند و همکاران، ۱۳۹۲) نیز می‌توان برخی از اصول اخلاقی مربوط به ارائه خدمات در خانه سلامت را شناسایی کرد:

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت با مراجعان خود محترمانه رفتار می‌کند و به دنبال حفظ و ارتقاء شأن و منزلت، فردیت، حقوق و مسئولیت‌های آنان است.

■ مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت از تاثیر عقاید شخصی، پیشینه، ارزشها، دیدگاهها، پیشداوری‌ها، ترجیحات خودشان بر دیگران آگاهی دارند و از تحمیل آنها بر مراجعان خودداری می‌کند.

- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت حامی حقوق افراد در رهایی از خشونت و تهدید به آن است.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت هنگام مدافعه‌گری در مورد مراجعان خود، علاوه بر در نظر گرفتن منافع آنها تا جایی که امکان دارد، منافع دیگران را نیز مورد توجه قرار می‌دهد.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت برخورداری از با کیفیت‌ترین خدمات ممکن را حق مراجعان می‌داند.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید به منظور ارائه خدمات با کیفیت، دانش و مهارت‌های خود را ارتقاء دهد.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت در حین ارائه خدمات به مراجعان آنها را نسبت به حق بهره‌مندی از خدمات سایر حرفه‌ها و نحوه‌ی دسترسی به آنها آگاه می‌سازد.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت در ارائه خدمات به مراجعانی که دارای محدودیت یا فاقد توانایی تصمیم‌گیری هستند و نیز هنگام همکاری با قییم یا نماینده‌ی قانونی آنها، لازم است منافع مراجع و حفظ حقوق او را در اولویت قرار دهد.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت تنها زمانی خدمات خود را به مراجعان ارائه می‌دهد که رضایت آگاهانه آنها یا نمایندگان قانونی آنان را جلب کرده باشد یا مجوزهای لازم از سوی محاکم قانونی به آنها داده شده باشد.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید اطلاعات را به درستی و روشنی و به روشی که برای مراجعان قابل درک باشد، در اختیار آنها یا نمایندگان قانونی‌شان قرار دهد.
- در مواردی که مراجعان خدمات را به صورت غیر داوطلبانه و اجباری دریافت می‌کنند، مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید اطلاعاتی را در مورد ویژگی‌های خدمت و روش ارائه آن و چگونگی ابراز عدم رضایت برای دریافت آن خدمت در اختیار مراجعان قرار دهد.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت نباید به دنبال کنجکاوی‌های شخصی یا برای کسب اطلاعات بی مورد به حریم خصوصی مراجعان وارد شود.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید مراجعان خود را نسبت به این موضوع که چه کسانی می‌تواند به اطلاعات مربوط به آنها دسترسی داشته باشد، آگاه سازد.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید مراجعان خود را در مورد اینکه اطلاعات مربوط به آنها به چه منظوری جمع‌آوری می‌شوند، آگاه کند.
- در شرایطی که ارائه خدمات حرفه‌ای نیازمند تعامل با بیش از یک نفر است (به طور مثال اعضای خانواده مراجع، یک گروه یا سایر افراد حرفه‌ای) مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید ضرورت رعایت رازداری را توسط همه اعضای گروه مورد تاکید قرار دهد.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید مراقب باشد که راجع به اطلاعات محرمانه مراجعان در مکان‌های عمومی یا نیمه عمومی همانند راهروها، سالن‌های انتظار، آسانسور و ... با دیگران گفتگو نکند.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید اقدامات احتیاطی مناسب را برای محافظت از اطلاعات مراجعان در صورت اتمام کار یا کناره‌گیری یک مددکار به دلیل عدم صلاحیت، بیماری یا فوت انجام دهد.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید اطمینان حاصل کند که سوابق و اطلاعات مربوط به مراجعان در مکانی امن که در دسترس عموم قرار ندارد، نگهداری می‌شود.

- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت موظف است اطلاعاتی را ثبت کند که به ارائه خدمات مرتبط می‌شود.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید از امنیت مستندات ثبت‌شده در طول ارائه خدمات و پس از آن اطمینان حاصل کنند.
- در شرایطی که به دلایل حرفه‌ای مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت تصمیم می‌گیرد ارائه خدمات را به مراجع خود خاتمه دهد، باید اطمینان حاصل کند که مراجع برای دستیابی به خدمات تخصصی به منابع مناسب ارجاع داده می‌شود.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت در شرایطی که به دلیل ترک شغل، قادر به ارائه خدمات به مراجعان خود نخواهد بود، باید این موضوع را با مراجعان خود در میان گذاشته و اقدامات لازم را برای ارجاع مناسب آنها انجام دهد.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت باید تمامی تلاش خود را برای عدم خروج مراجعانی که هنوز به خدمات تخصصی نیاز دارند، به عمل آورد.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت از برقراری رابطه خصوصی با مراجعان پرهیز می‌کنند و اطمینان می‌دهد که از برقراری هر رابطه‌ای با ماهیت کسب منافع شخصی و یا بهره‌برداری مالی از مراجع پرهیز خواهند کرد.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت تحت هیچ شرایطی مجاز نیست با مراجعان فعلی خود، خویشاوندان و افرادی که به گونه‌ای با مراجعان رابطه نزدیک دارند، رابطه‌ی فیزیکی، عاطفی خارج از چارچوب حرفه‌ای برقرار کند. چه این رابطه از سر رضایت باشد و چه از سر اجبار.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت نباید با مراجعان قبلی خود رابطه فیزیکی و عاطفی خارج از چارچوب حرفه‌ای برقرار کند.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت نباید از هرگونه کلام و عبارت نامفهوم در ارتباطات شفاهی و نوشتاری با مراجعان استفاده کند.
- مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت در شرایطی که با همکاری با هم اختلاف دارند به هیچ وجه اجازه نمی‌دهد مراجعان وارد درگیری‌های میان مددکاران و همکاران‌شان شود.

فصل سوم

مبانی نظری

۳. مبانی نظری

۳.۱. مددکاران اجتماعی در سایر کشورها

در سایر کشورها نیز مراکزی نظیر خانه‌های سلامت برای زنان و دختران در معرض آسیب یا آسیب‌دیده از انواع آزارها و خشونت‌ها وجود دارد. در این راستا در جوامعی که از نظر فرهنگی و اجتماعی به ایران شباهت دارند می‌توان نمونه‌های موفق از این مراکز را در عراق، سوریه، لبنان و ترکیه مشاهده کرد. در این مکان‌ها تلاش می‌شود تا محیطی انسانی و متناسب با سن و جنسیت برای مقیمان در نظر گرفته شود. معیارهای کلیدی در تجارب کشورهای نامبرده عبارتند از:

- اجتماعی کردن و بازسازی شبکه‌های اجتماعی مراجعان
- دریافت حمایت اجتماعی
- ارتقا مهارت‌های مراجعان
- دریافت خدمات به صورتی امن، قابل دسترسی و بین بخشی و به دور از هرگونه برچسب
- حساس به کلیشه‌ها و تبعیضهای جنسیتی و مسائلی نظیر حقوق زنان، سلامتی و سایر خدمات مرتبط
- افزایش رهبری و توانمندسازی زنان
- در این مراکز آموزش‌ها برای پیشگیری و کنترل رفتارهای پرخطر و آموزش روابط جنسی سالم انجام می‌گیرد. همچنین خدماتی نظیر حمایت از خانواده‌ها در تامین نیازهای اولیه نظیر پوشاک ارائه می‌شود. از عمده‌ترین خدمات ارائه‌شده در این مراکز می‌توان به خدمات زیر اشاره نمود:

حمایت‌گری: شامل فراهم کردن خدمات درمان و مشاوره، بهداشتی و پزشکی، حقوقی و قانونی و مدیریت مورد فعالیتهای سازنده شامل:

- راه‌اندازی گروه‌های حمایتی متناسب با سن: به طور مثال آموزش خیاطی. این گروه‌ها با توجه به نیازها و علایق و ویژگی‌های هرگروه سنی و بعد از بحث‌های متمرکز گروهی و نیازسنجی تشکیل می‌شود.
- فعالیتهای تفریحی و فوق برنامه: مثل آرایشگری، زبان، کامپیوتر، نقاشی و...
- آموزشهای رسمی نظیر سوادآموزی یا ارجاع به مدرسه
- آموزش مهارت‌های زندگی

■ فعالیتهای شغلی شامل کسب و کار و کارآفرینی

- افزایش آگاهی و اطلاعات نظیر آموزش درباره حقوق فردی، تغذیه، توسعه سلامت زنان، پیشگیری و...
- یکی از این تجارب موفق در کشور ترکیه، اهمیت استفاده از ظرفیت نیروهای داوطلب را به خوبی نمایان می‌کند. در مراکز این کشور، نیروهای داوطلب بعد از آموزش در زمینه‌های آموزشی و تهیه حمایت‌های مادی، فعالیت می‌کنند. هم چنین در مراکز امن کشور سوریه، استفاده از مددکاران اجتماعی محلی و بومی از خود اجتماع، علاوه بر افزایش احساس امنیت و اعتماد در مراجعان، منجر به افزایش اثربخشی مداخلات می‌شود.
- از دیگر عواملی که این مراکز در کشورهای دیگر به موفقیت رسیده‌اند می‌تواند آموزش و تربیت کارکنان و به روز نگه داشتن آنان باشد که این امر منجر به افزایش ارائه خدمات تخصصی خواهد شد.
- از جمله فعالیتهایی که مددکاران اجتماعی شاغل در خانه‌های امن دختران در سایر کشورها انجام می‌دهند می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:
- مشاوره فردی، گروهی و خانوادگی
- گزارش نویسی و مستندسازی فعالیت‌ها
- پایش و ارزیابی مداوم مراجعان
- ارائه آمارها و گزارشها برای کمک به توسعه اجتماعی
- کمک به برنامه‌ریزی در پروژه‌های اجتماعی و برنامه‌های جامع
- کمک و ارجاع و مراقبت از مراجعانی که به حمایت‌های قانونی و حقوقی نیاز دارند.
- اطمینان یافتن از تحقق حقوق تمامی مقیمان
- برقراری ارتباط با سایر منابع اجتماعی
- اطمینان از به روز رسانی پرونده مراجعان
- مداخله در بحران

۳.۲. مبانی نظری در مداخلات مددکاری اجتماعی

انتظار می‌رود مداخلات مددکاری اجتماعی مبتنی بر نظریه‌های علمی و تخصصی باشد. نظریه‌های فراوانی وجود دارند که می‌توانند راهنمای اقدام مددکاران اجتماعی باشند. این راهنما چند مورد از مهمترین آنها را انتخاب کرده تا با کمک آنها اقدامات و وظایف مورد انتظار مددکاران اجتماعی را صورت‌بندی کند. هر کدام از این نظریه‌ها پیش‌فرض‌های را دارند و مداخلاتی را پیشنهاد می‌دهند. طبق نظریه‌ی سیستم‌ها و نظریه‌ی بوم‌شناختی آنچنانکه در ادامه توضیح داده می‌شود دختران خدمت‌گیرنده‌ی خانه‌های سلامت و تمامی اقدامات توانمندساز و امنیت‌بخش در خدمت آنها، در ارتباط با سایر نظام‌های اجتماعی در نظر گرفته می‌شوند. مداخلات پیشنهادی متأثر از رویکرد

مبتنی بر توانمندی‌ها به جای تاکید صرف بر مشکلات و چالش‌ها، به نقاط قوت و توانمندی‌های مراجع نگاه ویژه‌ای دارد؛ توانمندی‌هایی که گاه ریشه در خود فرد و گاه در ارتباطات و یا نظامهای حمایتی و اجتماعی بیرون از فرد دارد. نظریه مبتنی بر راه حل کوتاه مدت، می‌تواند بخشی از خدمات واحد مددکاری اجتماعی را پوشش دهد که طبق آن الزاماً برای راه حل برون رفت از وضعیت، نیازی به شناخت عمیق مشکلات به وجود آورنده وجود ندارد. این نظریه بر خلق راه حل به جای رابطه‌ی خطی مشکل و راه حل تاکید دارد. به این ترتیب مددکاران با جستجوی استثنائات، سوالات متمرکز بر آینده و... مراجع را به سمت راه حل سوق می‌دهند.

به دلیل ویژگی گروه هدف که غالباً از شرایط بحران زده‌ای به خانه‌ی سلامت ارجاع داده می‌شوند و نیز احتمال بروز بحرانهایی همچون خودکشی، خودزنی و...، نظریه مداخله در بحران نیز به عنوان یکی از مبانی نظری به خدمت گرفته شده است. در کنار این موارد، مصاحبه انگیزشی در قالب یک تکنیک که گاه تحت عنوان نظریه هم از آن یاد می‌شود، نیز به عنوان یک ابزار نظری معرفی می‌شود. در مصاحبه انگیزشی، شیوه‌های انگیزش مراجعان برای عملی کردن تغییرات مدنظر در قالب تکنیک‌های چرخش با مقاومت، پرهیز از چانه‌زنی و... آموزش داده می‌شود.

۱.۲.۳. نظریه سیستم‌ها

اندیشه و دیدگاه‌های مرتبط با نظریه سیستم‌ها، ابتدا توسط لادویگ ون برتالانفی^۱ مطرح شدند. دیدگاه‌های برتالانفی با تقلیل گرایی که تنها رابطه خطی علت و معلولی را در نظر می‌گیرد، در تعارض بود. او نگاه پیچیده‌تری را پیشنهاد داد که بر اساس آن تعاملات متقابل، می‌توانند تفسیر و توضیح بهتری برای این موضوع باشند که چگونه یک عنصر از یک سیستم می‌تواند بر دیگری اثرگذار باشد. بعدتر این دیدگاه‌ها توسعه پیدا کردند و به عنوان نظریه عمومی سیستم‌ها^۲ (برتالانفی، ۱۹۶۸ به نقل از لانجر و لیتز، ۲۰۱۵) مطرح و شناخته شدند. طبق این دیدگاه سیستم‌های اجتماعی مانند خانواده، اجتماعات و نهادها موجودیتهایی هستند که ارتباطات درونی بخش‌هایشان موجب حفظ و ابقای آن‌ها می‌شود و به توصیف عملکرد این سیستم‌ها کمک می‌کند.

استفاده از نظریه سیستم‌ها به معنای درک ماهیت وابسته و لازم و ملزوم یک سیستم است. این موضوع در بردارنده این نگاه کل‌نگر است که تغییر یک جزء از یک سیستم نه تنها بر سایر اجزای آن سیستم بلکه بر خود سیستم به عنوان یک کل نیز اثرگذار است. بر اساس این نظریه، مددکار اجتماعی همیشه با دو مراجع مواجه است: (۱) مراجع و (۲) سامانه مراجعان یا همان محیطی که فرد در آن قرار دارد. بسیاری از اصول در کار با یکی از این دو، می‌تواند در کار با دیگری کاربرد داشته باشد. کار با

۱. Ludwig von Bertalanffy

۲. General Systems Theory

سامانه مراجعان، مددکار اجتماعی را به عنوان یک حرفه منحصر به فرد مشخص می‌کند. اگر اصولی وجود داشته باشد که بتواند به طور عام برای سیستم‌ها به کار رود و اگر افراد، گروه‌ها و سازمانها و جوامع را بتوان به عنوان سامانه در نظر گرفت، پس مجموعه این اصول می‌تواند جای خود را در یک نظریه عملی جا دهد. این نظریه می‌تواند چارچوب مشترکی را برای درک و تصور از افراد، گروه‌ها و سازمان‌ها و جوامع به عنوان مراجعان فراهم کند یا همچون ابزاری به کار گرفته شود (کالشد، ۱۳۹۰).

یکی از فواید نگاه سیستمی و خاصه نظریه سامانه‌ها در مددکاری اجتماعی این است که به ما یادآور می‌شود برای شناخت یک سامانه می‌توانیم آگاهی‌مان را از یک سطح سیستم تعمیم دهیم و برای شناخت سطوح دیگر سیستم به کار ببریم. نگرش سیستمی در مددکاری اجتماعی افراد متخصص این حرفه را وادار می‌دارد که کل سامانه را به صورت اندامهای کاملاً پویا تصور کنند و در نتیجه برای هر نوع تغییر یا مقاومت آماده باشند و روی توانمندی‌های درونی، قدرت بازیابی و خودبه‌سازی (گلیکن، ۱۳۹۲) افراد هم حساب کنند.

نظریه سیستم‌ها به ویژه در کار با خانواده‌ها بسیار موثر و کارآمد است. این نظریه روی ارتباطات بین منابع خانواده‌ها و گروه‌ها و کارکرد موثرشان تمرکز دارد. کار کردن با دیگران امتیاز مهم نظریه سیستم‌هاست؛ دیگرانی مثل موسسات یا خانواده که امکان تاثیرگذاری بر مراجعان را دارد. با الهام از این نظریه درمانگر به تعامل با شبکه‌های اجتماعی مرتبط با مراجع، همکاران و موسسات تشویق می‌شود.

نظریه سیستم‌ها در کنار عوامل فشارزا که به سیستم وارد می‌شود، به ظرفیت تناسب و سازگاری بین افراد و محیط‌های اجتماعی نیز توجه دارد. نظریه سیستم‌ها در جهت ایجاد، حفظ و ارتقای شبکه‌های اجتماعی و حمایت متقابل کار می‌کند.

در این دیدگاه مسائل مراجع در قالب سیستم‌های حاکم بر مراجع تحلیل می‌شود و راه حل مشکلات مراجع را هم در همان سیستم‌ها جستجو می‌کنند. هدف نهایی ایجاد هماهنگی میان خرده سیستم‌هایی است که در یک برنامه مددکاری اجتماعی در کنار هم کار می‌کنند مثل وقتی که سیستم مراجع را بررسی می‌کنیم و توانمندی‌های آشکار و پنهان او را کشف می‌کنیم یا وقتی که مشکل مراجع را از تمام ابعاد مختلف اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی مورد بررسی قرار می‌دهیم.

«پینکاس و میناهان» و «اسکپت و ویکری» جزء اولین کسانی بودند که نظریه سیستم‌ها را در مددکاری اجتماعی نشر دادند (جانسون، ۱۳۹۰). آن‌ها چهار نوع سامانه را در مددکاری مشخص کردند (نقل از کالشد، ۱۳۸۰):

- سامانه کنشگر تغییر: مددکار اجتماعی، موسسات مددکاری اجتماعی و خط‌مشی‌های اجرایی آن را شامل می‌شود.
- سامانه مراجعان: افراد و شبکه‌های آنان، خانواده، جامعه و سایر گروه‌هایی که تغییر سامانه کنشگر به آنان مربوط است.

■ سامانه هدفها: بخش‌هایی که سامانه کنشگر تغییر، به سمت آن حرکت می‌کند یا میل به رسیدن آن دارد. همانگونه که اشاره شد هر سامانه (سیستم) دارای یک آرمان یا هدف است.

■ سامانه اقدام یا افراد: افرادی یا خرده سیستم‌هایی که با سامانه کنشگر تغییر برای دستیابی به آرمانها کار می‌کنند.

ممکن است سامانه‌های گفته شده در بعضی موارد بر هم منطبق باشند و برای نمونه سامانه کنشگر تغییر خود سامانه هدف باشد یا با یکدیگر مشابه باشند. در این صورت فرد ممکن است خود ایجادکننده مشکل نباشد بلکه دادوستد فرد با بخش‌های مختلف سامانه شاید علت مشکل محسوب گردند یا شاید فرد تحت تاثیر جامعه قرار گرفته باشد. بنابراین رویکرد سیستمی راه را برای تجزیه و تحلیل‌هایی باز می‌کند که مددکار را تشویق می‌کند در دیدگاه خود نسبت به شرایط روش و نگرشی خلاقانه‌تر برگزیند. این مساله برای مدیریت مراقبت اجتماعی مناسب است که در عین حال بر شخص، شرایط، مشکلات، توانمندی‌ها و امکانات متمرکز است.

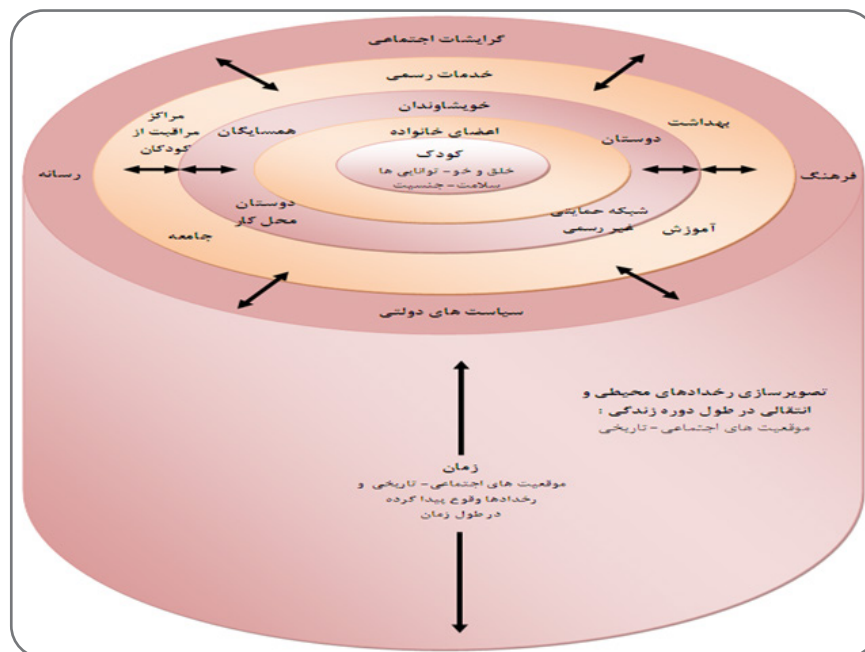
۳.۲.۲. نظریه بوم‌شناختی^۱

بوم‌شناسان رابطه متقابل میان موجودات زنده و محیط آن‌ها را بررسی می‌کنند. عقاید و دیدگاه‌های نظریه بوم‌شناختی، همانند نظریه سیستم‌ها برای توضیح و تبیین بوم‌شناختی اجتماعی بکار گرفته شده‌اند و از آن‌ها برای درک این موضوع استفاده شده است که افراد چگونه روابط و تعاملات متقابل با عناصر محیط خود را تجربه می‌کنند. نظریه بوم‌شناختی معتقد است که بشر، موجود زنده‌ای است که تبادلات مفید یا مضر را با محیط خود دارد. با توجه به این دیدگاه‌ها مددکاران اجتماعی به دنبال درک این موضوع هستند که مراجعان‌شان چگونه با جنبه‌های اجتماعی، جسمانی و فرهنگی محیط خود تعامل دارند. بیشترین کاربرد نظریه بوم‌شناختی در مددکاری اجتماعی را می‌توان در کارهای برانفبرنر^۲ مشاهده کرد. برانفبرنر (۱۹۷۹) نظریه بوم‌شناختی را از منظر رشد کودک مورد بحث قرار می‌دهد و به شناسایی سیستم خرد^۳، سیستم میانی^۴، سیستم اگزو^۵، سیستم کلان^۶ و سیستم زمانی^۷ که رشد کودک را تحت تاثیر قرار می‌دهند، می‌پردازد. درک سیستم‌های متعدد به مددکاران اجتماعی کمک می‌کند که نگاه جامع‌تری به مراجع و توجه کامل‌تری به شیوه‌ای که افراد، مکان‌ها، سیاستها و محیط فیزیکی می‌توانند بر رشد کودک اثر بگذارد، داشته باشند. علاوه بر این، نکته ضروری که برای هم نظریه سیستم‌ها و هم نظریه بوم‌شناختی وجود دارد، این است که این روابط متقابل و دو جانبه هستند: کودکان بر سیستم‌هایی که با آن‌ها در تعامل هستند نیز اثر گذارند.

دیپانفلیس (۲۰۰۶) معتقد است امروزه برای بررسی عوامل مربوط به خشونت و غفلت علیه کودکان و نوجوانان باید از این مدل استفاده کرد. در این دیدگاه نیز نباید تنها نقش والدین در نظر گرفته شود بلکه نقش متغیرهای زیست بومی و اجتماعی در عدم توانایی والدین برای تامین نیازهای اساسی فرزندان خود نیز باید مورد بررسی قرار گیرند. ارزش مدل زیست بومی-اجتماعی غفلت در این است که مسئولیت مشترکی در میان افراد، خانواده‌ها،

۱. Ecology
۲. Bronfenbrenner
۳. Bronfenbrenner
۴. mesosystem
۵. exosystem
۶. macrosystem
۷. chronosystem

جوامع و اجتماع در نظر می‌گیرد و مداخلات در سطوح مختلف را هدف قرار می‌دهد. از جمله مثال‌های بررسی غفلت از رویکرد اجتماعی-زیست بومی، فقر است که طی آن عوامل مرتبط با سلامتی والدین مانند بیماری روحی، مصرف مواد، خشونت خانگی اغلب منجر به غفلت و خشونت می‌شوند (دیپانفلیس^۱، ۲۰۰۶: ۳۶۰). معمولاً رفتار غفلت‌گرانه و خشونت‌آمیز والدین به عنوان تابعی از ویژگی‌های والدین در نظر گرفته می‌شود. در نتیجه سویت^۲ (۱۹۹۵) مطرح می‌کند که تاکنون تمرکز اصلی مددکاران اجتماعی که در حوزه مراقبت از کودکان و نوجوانان فعالیت می‌کنند، موشکافی و بررسی رفتار والدین بوده است. اما در واقع برای درک اثر زمینه اجتماعی بر رشد کودکان پژوهشگران همبستگی خشونت و غفلت را در چارچوب گسترده‌تری و از طریق مدل زیست بومی-اجتماعی (برانفنبرنر و سچی^۳، ۱۹۹۴) مورد بررسی قرار داده‌اند. در این مدل اثرات زمینه گسترده‌تر اجتماعی و ویژگی‌های خود کودک نیز در نظر گرفته می‌شوند (تکفلی، ۱۳۹۲: ۴۴-۶۸ به نقل از واتسون، ۲۰۰۵).



مدل زیست بومی اجتماعی برانفنبرنر (تکفلی، ۱۳۹۲: ۴۴-۶۸)

۱. DePanfilis

۲. Swift

۳. Bronfenbrenner & Ceci

کودک با زمینه ژنتیکی مشخص در مرکز دواير متحدالمرکز دیده می‌شود. خانواده هنوز هم بیشترین اثر را بر کودک دارد و اثرات مجاور دیگری از جانب خانواده گسترده کودک، گروه‌های همسالان، مدرسه و همسایگان نیز در نظر گرفته شده است که پس از خانواده قرار دارند. در بیرونی‌ترین سطح رسانه، سیاست‌های دولت در قبال خانواده، فرهنگ و اعتقادات جاری و ارزش‌ها نیز در شکل دادن رشد سالم نقش دارند. در این میان این دو سطح عواملی مانند محیط کار والدین، حمایت‌های رسمی و غیررسمی به والدین و تعاملات بین این دو قرار دارد. اگرچه برانفبرنر و سچی این مدل را به عنوان راهی برای درک رشد فردی کودکان مطرح ساختند، کتینگ و هرترمن (۱۹۹۹) این مدل را گسترده ساختند و عنوان کردند که تاثیرات اجتماعی گسترده‌تری می‌تواند بر سلامت رشد جامعه‌ای که افراد در آن زندگی می‌کنند اثرگذار باشد. شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه تفاوت در سلامت رشدی در بین کشورها ممکن است ناشی از سیاست‌های کلان اقتصادی آن کشورها باشد (تکفلی، ۱۳۹۲).

۳.۲.۳. مدل آگاه از آسیب

دکتر هرمان معتقد است اتفاق آسیب زنده یا تروماتیک، سیستم طبیعی مراقبت روانی را که در افراد برای محافظت از خود در برابر حوادث تهدیدکننده روانی به صورت طبیعی وجود دارد، غافلگیر می‌کند و به افراد احساس ترس و بی‌پناهی می‌دهد. لیونتر^۱ اظهار می‌کند که تروما نسبت به فرد، یک عامل بیرونی است اما در ذهن او جای گرفته و بخشی از درون او می‌شود. او در ادامه به دو دسته در حوادث آسیب‌زا در افراد می‌پردازد. از نظر او، حوادث تروماتیک نوع یک، حوادثی نظیر بلایای طبیعی، تصادف، خاطره ترسناک از سگ، مشاهده خشونت هستند اما حوادث تروماتیک نوع دو، تروماهای پیچیده و تکرار شونده‌ای نظیر آزارهای ادامه‌دار، خشونت خانگی، خشونت اجتماعی، جنگ، نسل‌کشی و آزارهای جسمانی تکرار شونده هستند. مدل‌های آگاه از آسیب برای پاسخ‌دهی به تاثیرات ناشی از این حوادث تروماتیک هستند.

روگر و هریس^۲ در کتاب خود با نام کاربرد رویکرد آگاه از آسیب در طراحی سیستم‌های خدمات انسانی، به ضروریات مورد نیاز در ایجاد یک سیستم مراقبتی با رویکرد آگاه از آسیب تاکید می‌کنند. رویکرد آگاه از آسیب و متخصصان آن کسانی هستند که سابقه ترومای مزمن و تاثیر آن در زندگی مراجعان خود را در نظر دارند و سیاست‌ها و شیوه‌های محافظتی را برای نشان دادن این واقعیت در تمامی سطوح ارائه خدمات خود به کار می‌گیرند. در صورتی که رویکرد درمان آسیب، صرفاً بر کاهش علائم و نشانه‌های آسیب در مراجعان خود هدفگذاری می‌کند هریس و فلوت معتقدند که درک اولیه تاثیرات تروما، منجر به شناخت عوامل بالقوه‌ای می‌شود که می‌توانند در رشد طبیعی افراد نقش مخربی ایفا کنند. این امر به ویژه در کودکانی که سرپرستان آنها باعث ایجاد تروما شده‌اند، اهمیت دارد. عمده‌ترین تاثیری که تروما در افراد می‌گذارد از بین بردن احساس اعتماد در روابط بین فردی و ناتوان کردن افراد در برقراری رابطه امن و موثر است و در نتیجه افراد، در فقدان حمایت‌هایی که می‌توانستند از

۱. Lenore Terr

۲. Roger & Harris

طریق برقراری روابط بین فردی به دست بیاورند، آسیب‌پذیر شده و دچار آشفتگی می‌شوند. اگر بخواهیم مرکز اصلی آشفتگی افراد را در رویکرد آگاه از آسیب نام ببریم، قطعاً این است که "فرد دارای سابقه تروما نمی‌تواند برای دریافت کمک ارتباط برقرار کنند و تلاش می‌کند تا به تنهایی، آسیب خود را برطرف کند" و اگرچه این الگو توانسته در کوتاه مدت به او کمک کند اما در بلند مدت او را با ناتوانی مواجه کرده است.

رویکرد آگاه از آسیب در مرکز ارائه خدمات انسانی و اجتماعی، سیستمی را فراهم می‌کند تا در آن افراد بتوانند احساس اعتماد از دست رفته خود را دوباره بدست آورده و با برقراری ارتباط موثر، کمک مورد نیاز خود را درخواست کنند.

راهنمای اقدام بر اساس رویکرد

آسیب درمانی	آگاه از آسیب
هدف گذاری بر کاهش علائم تروما در محیط تروماتیک/ مبتنی بر درمان و مداخلات درمانی تخصصی/	اقدام همه جانبه تمام کارکنان مراقبتی با آگاهی از آسیب، امنیت، اعتماد، انتخاب و ساختن نقاط قوت و مهارت برای مراجعان
ارائه درمان بعد از ارزیابی دقیق آسیب	حساس به اهمیت ارتباط میان آسیب، سلامت روانی و مصرف مواد/ آگاه از علائم آسیب و توانایی سازگاری/ ارائه راهکار برای افزایش احساس امنیت و اعتماد و حمایت گر در ارائه خدمات

تحقیقات، اصول متعددی را برای رویکرد آگاه از آسیب ارائه داده‌اند، اما چهار اصل عمده زیر، مبنایی‌ترین اصولی است که براساس مرور تحقیقات و نتایج کارهای بالینی برای رویکرد آگاه از آسیب ارائه شده است:

آگاهی از آسیب: رویکرد آگاه از آسیب با دانش مراجعان و متخصصان از تجارب آسیب در زندگیشان آغاز می‌شود. در واقع این اصل، به این واقعیت اشاره می‌کند که چگونه آسیب می‌تواند بر رشد و سازگاری افراد تاثیرگذار باشد. در واقع این آگاهی باید به عنوان یک فرهنگ بر سازمانی که ارائه‌دهنده این رویکرد است حاکم باشد.

تاکید بر امنیت و اعتماد: امنیت روحی، فیزیکی و فرهنگی برای مراجعان، از کلیدی‌ترین معیارهای رویکرد آگاه از آسیب است زیرا قربانیان آسیب همواره احساس ناامنی و تجارب ناخوشایندی از برقراری ارتباط با افراد مهم زندگی‌شان داشته‌اند. ایجاد احساس امنیت و اعتماد برای مراجعان به ویژه در هنگام پذیرش و ورود اولیه آن‌ها، اهمیت فراوانی در رویکرد آگاه از آسیب دارد. امنیت و اعتماد می‌تواند از طریق اقداماتی نظیر ارائه اطلاعات شفاف درباره برنامه‌های مرکز، رضایت آگاهانه، طراحی برنامه بحران، بیان انتظارات قابل پیش‌بینی و مشخص، میسر شود.

ایجاد فرصت برای انتخاب، همکاری و برقراری ارتباط: خدمات آگاه از آسیب، محیط امنی را برای پرورش احساس خودکارآمدی، خودمختاری، کرامت انسانی و خودکنترلی در مراجعان خود ایجاد می‌کنند. مراجعان به همراه متخصصان و با همکاری آنان برای برقراری ارتباط آزاد و بدون قضاوت و برقراری تعادل قدرت در روابط بین فردی خود، تلاش می‌کنند و همواره، انتخاب مراجع، اولویت رابطه است.

مبانی بر نقاط قوت و مهارت‌سازی: مراجعان در رویکرد آگاه از آسیب، فرصت دارند تا نقاط قوت خود را شناخته و مهارت‌های سازگاری و مقابله با استرس را در خود توسعه دهند. در این رویکرد، تاکید بر آموزش برانگیزاننده‌ها، تمرکز بر روی اکنون و آرام‌سازی به مراجعان است. درواقع محوریت در این رویکرد، فرهنگ سازمانی برای تقویت مهارت‌های بین فردی و هوش هیجانی در افراد است.

۳.۲.۴. توانمندسازی

اصطلاح توانمندسازی در حوزه‌های مختلف اجتماعی، فرهنگی و سیاسی دارای مفاهیم متفاوتی است و به همین دلیل نمی‌توان آن را به سادگی به همه زبان‌ها ترجمه کرد. از دهه‌ی ۷۰ و ۸۰ سده‌ی بیستم میلادی چرخش جدی از ادبیات حمایتی و خدمت‌رسانی به سوی توانمندسازی ایجاد شده است (آدامز، ۲۰۰۳). از نظر لغوی در فرهنگ لغت وبستر^۱ توانمندسازی به معنی قدرت یا اختیار دادن به کسی، توانمند کردن، قادر کردن و اجازه دادن اشاره شده است (شیبانی، ۱۳۹۵). مالکوم پین (۲۰۰۵) توانمندسازی را کمک به افراد، گروه‌ها و جوامع جهت رسیدن به قدرت تصمیم‌گیری و عمل در زندگی‌شان بیان می‌کند (اقلیما و عادلین راسی، ۱۳۸۸). پین روش‌های زیر را برای رسیدن به این اهداف مطرح می‌کند:

■ کاهش اثر موانع فردی و اجتماعی

■ افزایش ظرفیت‌ها و اعتماد به نفس

■ انتقال قدرت به مراجعین

تعاریف احتمالی زیادی از توانمندسازی وجود دارد با این وجود به بیان کلی، توانمندسازی به معنای گسترش و بسط آزادی انتخاب و عمل است. در توصیفی دیگر، توانمندسازی مفهوم افزایش اختیار فرد و کنترل بر منابع و تصمیماتی است که بر زندگی فرد تأثیر می‌گذارد. وقتی که مردم انتخاب واقعی را تجربه می‌کنند، در این صورت می‌توانند کنترل بر زندگی خودشان را افزایش دهند (کتاب مرجع بانک جهانی، ۱۳۹۵).

روبینز و همکاران (۱۹۹۸) توانمندسازی را فرایندی می‌دانند که در آن افراد و گروه‌ها قدرتمند شده و به منابع دسترسی پیدا می‌کنند و به زندگی خود کنترل پیدا می‌کنند. در انجام چنین فرایندی آنها این توانایی را می‌یابند که به اهداف و خواسته‌های فردی و جمعی خود برسند (شیبانی، ۱۳۹۶). توانمندسازی هم یک مفهوم^۲ و هم یک مدل فعالیت^۳ است. افراد توانمند می‌شوند تا در زندگی خود تغییر ایجاد کرده و از طریق شناسایی نقاط قوت فردی، شناسایی و حذف موانع ساختاری و یا از طریق مسئولیت فردی برای ایجاد تغییرات در زندگی خود را به عهده بگیرند (لانجر و همکاران، ۱۳۹۷).

انتخاب‌های گروه‌های درگیر شرایط دشوار و فقر من جمله زنان سرپرست خانوار به دلیل فقدان دارایی‌ها و

۱. webster

۲. concept

۳. - practice model

همچنین ناتوانی آنان برای مذاکره و چانه‌زنی با نهادهای رسمی و غیررسمی بسیار محدود است. به همین دلیل است که می‌توان توانمندسازی را گسترش‌داری‌ها و قابلیت‌های افراد و گروه‌ها برای گسترش انتخابها و توان مشارکت، چانه‌زنی و مذاکره، تأثیرگذاری تعریف کرد (کتاب مرجع بانک جهانی، ۱۳۹۵).

لی (۲۰۰۰) نیز در توصیف خود از توانمندسازی به حمایت از قادرسازی، چالش با عقاید نادرست، چالش با موانع بیرونی و سیستم‌های غیر عادلانه، توسعه عزت نفس بین مردم، حل و طرح مساله، افزایش آگاهی و گفتگو کردن اشاره می‌کند. او در پایان به این نکته اشاره دارد که فرایند توانمندسازی در فرد کمک‌خواه جریان می‌یابد و نه در شخص کمک‌کننده.

تعاریف توانمندسازی از منظر صاحب‌نظران

منبع	تعاریف توانمندسازی	صاحب‌نظر
(Malhatra, 2002:5)	توانمندسازی زنان فرایندی است که به‌وسیله‌ی آن زنان به‌دست خودشان توانمند می‌شوند و اعتماد به نفس خود را افزایش می‌دهند و از حقوق خود برای انتخاب مستقل و کنترل بر منابع دفاع می‌کنند و این منجر به از بین رفتن جایگاه فرو دست آن‌ها می‌شود.	کلر وام بی وو
(Kabeer, 1999)	توانمندسازی مرحله‌ای است که در آن افراد فرو دست قدرت و توانایی اتخاذ انتخاب‌های استراتژیک را به‌دست می‌آورند. برای داشتن این قدرت دو بعد مرتبط به هم مورد نیاز است: ۱- دستیابی به منابع و توان کنترل آن ۲- عاملیت (توانایی استفاده از این منابع برای به وجود آوردن فرصت‌های جدید)	کبیر
(Alsop and Heinsohn, 2005:5)	توانمندسازی فرآیندی است که باعث افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های افراد یا گروه‌ها برای انتخاب می‌شود و انتخاب‌ها را به‌سوی نتیجه‌ها و اعمال مطلوب سوق می‌دهد.	آلسوپ و هینسون
https://en.oxforddictionaries.com/definition/empowerment	توانا ساختن و ایجاد شرایط لازم برای بهبود انگیزش افراد در انجام وظایف خود از طریق احساس کفایت نفس.	فرهنگ لغت آکسفورد
(Page and Cherly, 1997)	هسته‌ی مفهوم توانمندسازی، قدرت است. اول، اگر قدرت بتواند تغییر کند، توانمندسازی ممکن می‌شود. دوم، این مفهوم با اتکا به قدرت بسط می‌یابد.	پیچ و چرلی
(Alsop and Heinsohn, 2005:37)	گسترش مقوله‌هایی است که افراد را قادر می‌سازد سرنوشت خودشان را کنترل کنند؛ حتی زمانی که منافعشان با کسانی که در تعامل هستند متضاد باشد.	ماسون و اسمیت
(Olakulein and David Ojo, 2006:150)	توانمندسازی فرآیندی است که در نتیجه‌ی آن افراد کم‌قدرت یا بی‌قدرت، دسترسی و کنترل بیشتری به منابع، دانش و کالاهای مادی می‌یابند و این فرآیند ایدئولوژی‌های توجیه‌کننده‌ی تبعیض و فرمان‌برداری را به چالش می‌کشد.	الاکولین و دیوید اجو

۱.۴.۲.۳. مدل‌های نظری توانمندسازی

یکی از وجوه متفاوت حوزه توانمندسازی، سویه‌های قوی عملی و کاربردی نظریات است. از این منظر اغلب مدل‌های نظری توانمندسازی عمدتاً در ارتباط با مسائل عینی و یا گروه‌های مشخصی از زنان تدوین و ارائه شده‌اند. لانگه از مطرح‌ترین مدل‌های توانمندسازی را ارائه کرده و تاکید آن بر برابری جنسیتی در فرایند توسعه است. این دیدگاه با تحلیل روابط و ساختار قدرت در درون خانواده و جامعه، به اهمیت افزایش قدرت زنان می‌پردازد. لانگه قدرت را نه بر اساس برتری بر فرد دیگر (زن بر مرد)، بلکه بیشتر بر مبنای ارتقاء خود باوری و خود اتکایی زنان مورد بحث قرار می‌دهد (دی‌هیم و وهابی، ۱۳۸۲: ۶۴). او در مدل توانمندسازی خود را در پنج سطح مد نظر قرار داده است که عبارتند از: رفاه، دسترسی، آگاهی، مشارکت و کنترل (لانگه، ۱۹۹۱: ۱۵۰).

مدل سارا لانگه از توانمندسازی زنان

تعریف	سطح توانمندسازی
نیازهای مادی زنان و مردان از قبیل غذا، درآمد، مراقبت‌های بهداشتی همزمان و .. به شکلی برابر برآورده می‌شود.	رفاه
زنان به منابعی همچون زمین، بازار کار، اعتبارات، مهارت آموزی، خدمات عمومی، حقوقی، قانونی به نحوی برابر با مردان دسترسی پیدا می‌کنند.	دسترسی
زنان و مردان به شکل برابری در تصمیم سازی‌ها و تمامی برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌ها مشارکت دارند	آگاهی
زنان و مردان باور دارند که نقش‌های جنسیتی قابل تغییرند و برابری امکان پذیر است.	مشارکت
زنان و مردان کنترل برابری بر تولید و توزیع منابع دارند	کنترل

منبع: کرمانی، ۱۳۹۵ به نقل از ولانکسن و میلر (۲۰۰۲)

در مدل **سادان** توانمندسازی برای فرد (در سطح خرد)، فرآیندی در جهت افزایش کنترل و گذر از حالت بی‌قدرتی به حالت نسبی کنترل روی زندگی است. از طرف دیگر، توانمندسازی جمعی (سطح کلان) فرآیند توانمندسازی و به دست آوردن کنترل بهتر روی فرآیند تصمیم‌گیری و محیط پیرامون است که در آن گروه‌ها، سازمان‌ها و یا اجتماعات شرکت می‌کنند. علاوه بر این، رویه‌های حرفه‌ای توانمندسازی نیز هستند که از خلال آن یک نظریه انتزاعی به یک ابزار عملی مداخله تبدیل می‌شود (سادان، ۱۹۹۷).

سطوح مختلف فرایندهای توانمندسازی

فرآیند توانمندسازی با حسی از ناامیدی آغاز می‌شود. چرا که انسان‌ها می‌فهمند فاصله‌ی زیادی بین آرزوها و خواسته‌هایشان و امکانات برای تحقق آن‌ها وجود دارد.
برای آغاز توانمندسازی احتیاج به حداقلی از توانایی و منابع است که فعالیت‌های سازمان یافته را میسر کند و هم چنین مشروعیت اجتماعی برای اجازه‌ی این گونه فعالیت‌ها وجود داشته باشد.
توانمندسازی پس از آن با اراده‌ی افراد برای به دست آوردن منابع و ابزارها به منظور توسعه‌ی توانایی‌ها و دستیابی اهداف در زندگی‌شان آغاز می‌شود. اولین نتیجه‌ی این فرآیند در واقع تحرک اراده‌ی افراد است.
بازشناسی حقوق افراد توسط خود آن‌ها که بتوانند آرزوها و توانایی‌های خود را به نمایش بگذارند و آن‌ها را به عنوان خروجی آگاهی انتقادی از وضعیت موجود تعریف کنند.
اعتقاد افراد به توانایی‌های خویش برای به دست آوردن نتیجه است که می‌تواند جمعی باشد.
توانایی امتداد فرآیند به وسیله‌ی نیروی انسانی جذب شده و یا آموزش دیده و همچنین تامین منابع دوباره. به عبارت دیگر فرآیند توانمندسازی تاسیس می‌شود و گواهی بر آن است که افراد از ادامه و نتیجه‌بخش بودن فرآیند اطمینان حاصل می‌کنند: کنترل بر زندگی خویش، مشارکت در تصمیم‌گیری و تاثیر بر محیط.

منبع: (سادان، ۱۶۰: ۱۹۹۷)

مدل نظری نایلا کبیر از آن جهت واجد ارزش است که از طریق مفهوم‌سازی، عوامل موثر بر توانمندسازی را شناسایی و تعریف و بر روابط و تاثیرگذاری این عوامل بر یکدیگر در جریان توانمندسازی نیز توجه نموده است. از این جهت، توانمندسازی روندی پیچیده و چندوجهی است که تحت تاثیر هر متغیر و در زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی مختلف می‌تواند نتایج متفاوتی را به باور آورد، ضمن آن‌که شناسایی شیوه‌های اثرگذاری عوامل و بروز نتایج و فرایندها نیز چندان ساده نیست. کبیر در تبیین نظریه خود از سه مفهوم «عاملیت»، «منابع» و «دستاوردها» بهره گرفته است. منابع، ایجادکننده‌ی شرایطی هستند که انتخاب تحت تاثیر آن‌ها رخ می‌دهد. عاملیت در واقع نمایانگر اصلی و به نوعی کانون فرآیند انتخاب و دستاوردها، معرف نتایج برآمده از انتخاب‌های مختلف هستند (کبیر، ۱۳۸۹ به نقل از کرمانی، ۱۳۹۵). به باور نایلا کبیر مفهوم قدرت رابطه تنگاتنگی با توانایی و امکان‌گزینش‌گری دارد. به این ترتیب با دو دسته افراد مواجه هستیم. دسته اول کسانی هستند که به هر دلیل از حق یا توان انتخاب در زندگی خود برخوردار نیستند و به تبع آن می‌توان آن‌ها را فاقد قدرت دانست. و در مقابل کسانی قرار دارند که در مقاطع و گذرگاه‌های مختلف زندگی‌شان به درجات مختلف از حق و توان انتخاب بین گزینه‌های مختلف بهره‌مند بوده‌اند. طبیعتاً چنانچه فرآیند توانمندسازی در مفهوم کلی اعطای حق و توان انتخاب به افراد تلقی شود، عمدتاً برای گروه اول

موضوعیت خواهد داشت. توانمندسازی گسترش توانایی افراد برای اتخاذ تصمیمات کلان و راهبردی در زندگی و زمینه‌هایی است که پیش‌تر این توانایی از آن‌ها دریغ شده است (کبیر، ۱۳۸۹).

۳.۲.۴.۲. ابعاد توانمندسازی زنان

نمونه‌های بسیاری از کاربرست ایده‌های توانمندسازی در کارنامه‌ی کشورهای در حال توسعه وجود دارد. این ایده‌ها، با رویکردهای متفاوتی که متمرکز بر حوزه‌های خاص (فرهنگی، قانونی، اقتصادی و...) بوده و با استفاده از روش‌های متنوعی، در سطوح مختلف (محلی، سیاست‌گذاری و بین‌المللی) دست به توانمندسازی زنان زده‌اند. با این حال فعالیتهای مختلف توانمندساز را می‌توان ذیل چهار محور اصلی طبقه‌بندی نمود.

توانمندسازی حقوقی	یکی از ابعاد توانمندسازی زنان بعد حقوقی آن است که از خلال آموزش حقوق و قوانین به آن‌ها و ایجاد مراکزی برای تمهید مشاوره و حمایت حقوقی از آنان عملیاتی می‌شود (Agwal, ۱۹۹۴).
توانمندسازی حقوقی	اعتبارات خرد و خرده‌وام‌ها از مهم‌ترین رویکردهای اتخاذشده در برنامه‌های توانمندسازی اقتصادی زنان است. بسیاری از دولت‌ها، سازمان‌ها و افراد از این شیوه بهره برده‌اند. آن‌ها با قرض دادن پول و اعتبار به زنان، مشارکت در اجتماع و کسب‌وکار را برای آنان تسهیل کرده و از این مسیر به نفع توانمندسازی بهره‌برده‌اند. در حقیقت، توانمندسازی یکی از اولین اهداف راه‌اندازی برنامه‌ی خرده‌اعتبار زنان بوده است. از این رو، در اغلب جوامع در حال توسعه، وام‌هایی با بهره پایین به زنان اعطاء می‌شود، به امید آن‌که آغازگر تجارت‌های کوچک و شیوه‌ای برای تأمین معاش خانواده باشد (Parnar, ۲۰۰۳).
توانمندسازی اجتماعی	از دیگر روش‌های توانمندسازی، واگذاری مسئولیت‌هایی است که عموماً در سیطره‌ی مردان است. این فعالیت‌ها بسته به جامعه‌ی موردنظر می‌تواند، فروشنده‌گی، کار در کارگاه‌ها، مدیریت و ... باشد. در ادامه، وقتی زنان از نظر اقتصادی توانمند شدند، راهی برای دیده‌شدن آن‌ها به‌عنوان شهروندان دارای حقوق برابر پیش روی‌شان گشوده می‌شود. این روش توانمندسازی به‌خصوص در جوامعی کاربرد دارد که زنان از جابه‌جایی و تحرک پایینی برخوردارند و مشاغلی که به آنان سپرده می‌شوند، در نگاه همگان مشاغلی پست تلقی می‌شود. در اینجا، مشارکت عملی در مشاغل که از راه‌های متفاوتی به دست می‌آید، به‌عنوان یکی از سودمندترین اشکال توانمندسازی اجتماعی زنان مطرح شده است (همان).
توانمندسازی فرهنگی	آموزش و توانمندسازی فرهنگی زنان نیز در پیوندی عمیق با توانمندسازی اقتصادی آنان عمل می‌کند. تجربیات توانمندسازی فرهنگی در کشورهای مختلف شامل آموزش مهارت‌های کاری و حرفه‌ای، برگزاری کلاس‌های آموزشی و ... است (Morahan-Martin, ۲۰۰۰).

تجربه‌ی توانمندسازی جهانی نشان می‌دهد که اغلب فعالیت‌های توانمندسازی بر یکی از ابعاد چهارگانه مزبور تمرکز دارند^۱. در مقابل، تجربه‌ی ستاد توانمندسازی نشان می‌دهد که این سازمان، به شکل جامعی به تمامی این ابعاد توجه داشته است و این امر یکی از امتیازات این تجربه نسبت به تجربه‌های جهانی است. با این همه برحسب فرهنگ و شرایط حاکم بر جامعه، این سازمان بر ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی توانمندسازی تاکید بیشتری نموده است که در فصول بعدی بدان پرداخته خواهد شد.

۵.۲.۳. رویکرد مبتنی بر توانمندی‌ها^۲

برتا رینولدز (مددکار اجتماعی) از پیشگامان این نظریه بوده است. او تمایل مددکاران اجتماعی آمریکا را در به کار بردن رویکرد روان تحلیلی (و همچنین وابستگی به DSM) مورد انتقاد قرار داد. این رویکرد بعدها توسط تیمی شامل دنیس سالیبی، چارلز رپ و آن ویک در دانشگاه کانزاس توسعه داده شد. در سال ۱۹۷۷، رپ "مدل توانمندی‌ها" را طراحی کرد که تمرکز آن بر "بخش سالم و کارآمد عملکردهای مراجع" بود. این رویکرد به سرعت محبوبیت به دست آورد و در سال ۱۹۹۹، دکتر مارتین سلیگمن ملاحظات را انجام داد که نیرویی تازه به این رویکرد بخشید (صیاد، ۱۳۹۵).

از آن زمان به بعد، رویکرد قوت‌مدار در زمینه‌های بسیاری به کار برده شده است. برای مثال در زمینه آموزش، توسعه جامعه، کار با گروه‌های مختلف مانند جوانان و افراد با اختلالات روانی. علاوه بر کاربرد این رویکرد در خدمات اجتماعی، در سال ۱۹۹۵، مارکوس بکینگهام و دونالد کلیفتون رویکرد قوت‌مدار را به دنیای تجارت معرفی کردند.

سالیبی رویکرد مبتنی بر توانمندی‌ها را نه یک مدل یا نظریه بلکه مجموعه‌ای از اصول، معانی و تکنیک‌ها می‌داند (گلیکن، ۱۳۹۲). نکته محوری در این رویکرد، تمرکز بر توانمندی‌ها و نقاط مثبت مراجع (در همه سطوح اعم از فرد، خانواده، گروه، سازمان و جامعه) در ارزیابی‌ها و طراحی مداخلات کمکی است. همچنین در این رویکرد، باور بر این است که همه محیط‌ها، سرشار از منابع مفید هستند که می‌توان در فرایند کمک‌رسانی از آن‌ها استفاده کرد.

این رویکرد از بسیاری جهات در نقطه مقابل رویکردهای سنتی مسئله‌مدار قرار می‌گیرد. در رویکردهای سنتی، تعریف مراجع با مشکل گره خورده و به صراحت عنوان می‌شد که مراجع شخصی (گروه یا سازمانی) است که مشکل دارد و به واسطه همین مشکل، نیازمند کمک است. عنوان «فرد مشکل‌دار» این را به ذهن متبادر می‌کند که مشکل، جزئی از وجود فرد است و به این ترتیب بخشی از تعریف و توصیف او محسوب می‌شود. به این ترتیب ممکن است بسیاری از نقاط قوت و توانمندی‌های وی نادیده گرفته شود؛ با برچسب ناشی از مشکل،

۱. نتایجی را که هر یک از این رویکردها به دنبال دارد نمی‌توان به همان حوزه محدود نمود. به عبارتی اقدامات و برنامه‌های ناظر بر توانمندسازی اقتصادی، برآیندهای مشهودی بر توانمندی‌های اجتماعی و فرهنگی نیز بر جای خواهد داشت (هرچند که به طور مستقیم به این منظور برنامه‌ریزی نشده‌اند). این گونه از تحقق و بسط دستاوردها در ارتباط با همه‌ی ابعاد توانمندسازی صدق می‌کند.

صورت یک گیرنده منفعل خدمات نگریسته شود. سالیبی عنوان می کند که هر فرد، معدنی از انرژیها، قابلیت‌ها منابع جسمانی، عاطفی، شناختی، بین فردی، اجتماعی و معنوی است که غالباً یا کشف نمی شود یا نادیده انگاشته می شود (۱۹۹۲: ۶). رویکرد مبتنی بر توانمندی‌ها وجود مشکل را منکر نمی شود، اما مراجع را فردی دارای توانمندی‌های فراوان و ظرفیت‌های ارزشمندی می داند که تنها باید به وی کمک کرد که این توانمندی‌ها و منابع را بشناسد و توان استفاده از آن‌ها را بیاموزد. این رویکرد تاکید دارد که متاسفانه به دلیل آموزش‌های رایج مددکاران اجتماعی و سایر متخصصین حرفه‌های یاورانه، بر نقاط ضعف و آسیب‌ها بیش از توانمندی‌ها تمرکز می کنند و توانمندی‌های فراوان مراجعان خود را نادیده می گیرند یا دست کم به اندازه کافی جدی گرفته نمی شوند.

در واقع در رویکرد مبتنی بر توانمندی‌ها، به این گزاره که مددکاران اجتماعی مراجع را توانمند می کنند اعتقاد ندارد و اساساً قدرت را چیزی در اختیار مددکار یا به اسم و ارث او نمی داند. بلکه قویاً بر این عقیده است مددکار اجتماعی به مراجع کمک می کند تا بتوانند شود. سوال اصلی در این رویکرد این نیست که فرد در حال حاضر چه زندگی‌ای دارد بلکه سوال این است که کدام نوع زندگی را می خواهد داشته باشد. بعد از طرح این سوال و تعیین نوع زندگی مطلوب (و نه موجود) تلاش می شود تا همه منابع فردی و اجتماعی ممکن در دسترس فرد قرار گیرد تا آن نوع مطلوب زندگی ساخته شود. در این رویکرد مددکار اجتماعی در موقعیت “من نمی دانم” قرار می گیرد و صرفاً نقش تسهیلگر را بازی می کند و این خود مراجع است که عامل تغییر است. در چنین موقعیتی رابطه مددکار- مراجع مشارکتی، آموزشی و تسهیلگرانه است و نه نخبه گراییانه و متخصص مآبانه. به این ترتیب مراجع در مورد مسئله خود یک متخصص است چون اوست که توانسته در مقابل همه سختی‌های شرایطی که در آن قرار گرفته بود هنوز مقاومت کند و تجربه تحمل چنین شرایطی را دارد.

عناصر اصلی رویکرد قوت مدار موضوعات مشترک زیر را در بر می گیرد (سالیبی، ۱۹۸۵، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۴؛ ویک و همکاران، ۱۹۸۹؛ گلدشتاین، ۱۹۹۰، به نقل از صیاد، ۱۳۹۵):

■ رویکرد قوت مدار بر مکانیزم‌ای مقابله‌ای (سازگاری)، مهارت‌های راه حل محور و فرآیندهای تصمیم‌گیری که در زندگی مراجع مفید بوده‌اند و عموماً منجر به افزایش رفتارهای مثبت و موفق می شود، تمرکز دارد (ترنر، ۲۰۰۲).

■ مراجعان توانایی درونی برای حل مشکلات دارند زمانیکه مددکار به آنها نشان می دهد که در اکثر موقعیت‌های زندگیشان موفق بوده‌اند. این تمرکز بر رفتارهای مثبت می تواند منتقدانه باشد زیرا به انگیزه و انرژی دادن به مراجعان برای حل موثر زمینه‌های مشکل ساز در زندگی شان و تسلیم نشدن و نداشتن امید به بهبود کمک می کند.

■ مراجعان حق دارند تا به میل خود زندگی کنند و در رویکرد قوت مدار هدف اینست که به دیگران کمک شود تا به زمینه‌های مشکل در زندگیشان توجه داشته باشند و در آن مداخله کنند.

■ در این رویکرد می بایست یک مرور داشته‌ها برای بسیاری از رفتارهای مثبت که منجر به موفقیت در زندگی مراجع شده است را برایشان انجام دهند.

■ در این رویکرد می بایست درک کلی از دنیای درونی مراجع داشته باشند زیرا ممکن است به طور چشمگیری به فرآیند کمک‌رسانی کمک کند. این دنیای درونی شامل شناخت درگیری‌های معنوی و

مذهبی، فلسفه‌های سیاسی و اجتماعی، و باورهای فرهنگی که اغلب چشم‌انداز زندگی مراجع را شکل می‌دهند. این باورهای عمیق و ریشه‌دار بسیار در فرآیند کمک‌رسانی مهم و کلیدی هستند زیرا از طریق همین باورها می‌توان به فرد انگیزه برای تغییر داد.

■ برچسب‌زدن در سلامت روان اغلب به مراجعان این را می‌رساند که مشکلات اگر غیرقابل حل نباشند بسیار سخت حل می‌شوند. محور ۲ تشخیص اختلال‌های شخصیت یا تشخیص موقعیت‌های مزمن و جدی روانی روی تصویر مراجعان از خودشان تاثیر می‌گذارد. آنها همچنین ممکن است به طور منفی بر شغل و موقعیت‌های حرفه‌ای، پوشش بیمه، و واقع بینی در زندگی و مسائل آن تاثیر بگذارد. رویکرد قوت‌مدار از برچسب استفاده نمی‌کند و از آسیب‌شناسی پیروی نمی‌کند از آنجایی که اغلب همراه‌کننده، تحقیرآمیز، و بدون فایده در روند درمان و توجیهی برای ارائه نکردن درمان می‌باشد.

■ رویکرد قوت‌مدار همیشه مراجعان را امیدوارانه و خوش بینانه نشان می‌دهد، بدون در نظر گرفتن پیچیدگی مشکلاتشان، یا مدت زمانی که مراجع با مشکلاتش مواجه بوده است، با دشواری‌هایی که مراجع در حل مشکلاتش تجربه کرده است.

■ مددکاران فرآیند درمان را با این باور که آنها راه حل مشکلات مراجع را می‌دانند شروع نمی‌کنند. این باور نقش ذاتی و کلیدی مراجع را خنثی می‌کند. مراجع تغییر را به وجود می‌آورد نه مددکار. مددکار پیشنهاداتی را ارائه می‌دهد یا تفسیر می‌کند، اما مراجع در نهایت تغییر را انجام می‌دهد. از این رو، مددکاران تسهیل‌گر هستند، و همیشه مراجعان تغییر را انجام می‌دهد.

■ مددکاران می‌بایست قضاوت درباره‌ی مراجع و رفتارهایش نداشته باشند. رویکرد قوت‌مدار بر این محور است که مراجع چه کارهایی را به خوبی انجام داده است. نه اینکه در انجام چه کارهایی شکست خورده است. این اصل کلیدی رویکرد قوت‌مدار است. در واقع رویکرد قوت‌مدار مشکل را نادیده نمی‌گیرد یا اینکه این واقعیت را که ممکن است مراجع رفتار مخربی چه برای خودش و چه دیگران داشته باشد را انکار می‌کند. عکس‌العمل مددکاران قضاوتگر و منفی درباره رفتار مراجع اغلب منجر به رنجش و خشم و مقاومت در برابر درمان در مراجع می‌شود.

تقلاً برای غلبه بر مشکلات زندگی معمولاً شامل اجزایی است که سالم و مثبت هستند. در گوش دادن به بحث و گفتگوی مراجع و تلاششان برای تغییر، بسیاری از مثال‌های مثبت، هدفمند و رفتار سازگارانه می‌تواند پیدا شود. همانطور که سالیبی می‌نویسد (۲۰۰۰) هر رفتار ناسازگارانه یا الگوی رفتار ممکن است شامل بذرهایی از تقلاً برای سلامتی باشد (ص. ۱۲۹).

به این ترتیب در این رویکرد تصور می‌شود که تمامی افراد دارایی‌هایی دارند که می‌توان آنها را ارتقا داد. با استفاده از چنین رویکردی، مشاوران در زمینه سلامت روان می‌توانند به مراجع خود کمک کنند تا نقاط قوت خود را کشف کرده و تقویت کنند، بنابراین به آنها تکنیک‌های ذهن آگاهی برای حضور افکار در اکنون و لذت بردن از لحظه‌ی جاری را آموزش می‌دهند. مرور بر برون داد تحقیقات روی مدل قوت‌مدار تاثیر آن را حمایت می‌کند (جورج، ایوسون و راتنر، ۱۹۹۹؛ کینگریج و اینسگارت، ۲۰۰۰ به نقل از صیاد، ۱۳۹۵).

مدل های سنتی	مدل قوت مدار
ارزیابی تشخیصی شامل شناسایی علائم و آسیب شناسی	ارزیابی شامل شناسایی توانایی ها با استفاده از مدل زیستی-روانی-اجتماعی می باشد
تمرکز بر بیماری	تمرکز بر توانایی ها
مشاوره مستقیم برای سرکوب علائم منفی	مشاوره بر حمایت از رفتارهای سازگارانه، تغییرات و رشد
تاکید بر مشکلات عاطفی برای فهمیدن اتفاقات گذشته	تاکید بر امکانات جدید، گزینه ها و تقویت موفقیت ها
مراجع درمان را دریافت می کند	مراجع در فرآیند درمان فعال است
درمانگر متخصص است	درمانگر یک مشارکت کننده است
مراجع طبقه بندی شده و برچسب می خورد	هر مراجع منحصر به فرد است
تمرکز بر اشتباه و چرایی آن	تمرکز بر چیزی که در حال حاضر درست است و چگونگی آن

۶.۲.۳. درمان کوتاه مدت متمرکز بر راه حل^۱

یکی دیگر از نظریه هایی که در این راهنما از آن استفاده شده است، نظریه درمان کوتاه مدت متمرکز بر راه حل است. این نظریه برخلاف نگاه سنتی در مددکاری اجتماعی، نه بر مشکل بلکه بر راه حل تمرکز دارد و نگاه رو به جلویی دارد. درمان کوتاه مدت متمرکز بر راه حل، شیوهی مداخله ای نسبتاً جدیدی است که تأکید و تمرکزش بر روی کمک به مراجع است که راه حل هایی به وجود آورد، نه این که برای حل مشکل تلاش کند. این نوع درمان در آغاز در دهه هشتاد میلادی در آمریکا توسط شارز و برگ^۲ مطرح شد و سپس به سرعت در سراسر جهان گسترش یافت. یکی از دلایل اصلی برای استقبال گسترده از این نوع راهبرد نه تنها ماهیت عملی آن است بلکه توجه به جایگاه محوری مراجع است. به خصوص این که در این نوع درمان تأکید و تمرکز بر روی جنبه های مثبت و توانایی های مراجع است تا بر جنبه های منفی و ناتوانی ها. در این مداخله درمانی، مشارکت و هم فکری با مراجع است که تعیین می کند، او چه چیزی از زندگی می خواهد و هم چنین به او کمک می شود تا نقاط قوت و مثبت خود را کشف کرده و با استفاده از آن ها به اهداف زندگی (تغییراتی که خواهان آن ها است) دست یابد. به این ترتیب همه توجه و تمرکز این نظریه بر خواست مراجع استوار می باشد.

خصوصیت منحصر به فرد این دست مداخلات تخصصی تأکید و تمرکز بر روی راه حل و نه مشکل است. به عبارت دیگر درمان کوتاه مدت متمرکز بر راه حل رویکردی است برای به چالش کشیدن این فرض که تنها راه یافتن راه حل مشکل، دانستن همه چیز درباره مشکل است. طبق این نظریه درمانگر، معمولاً در جلسه اول از مراجع می پرسد از زمانی که تقاضای کمک کرده است چه بهبودهایی در وضعیت مشکل اش رخ داده است.

۱. Solution - Focused Brief therapy (SFBT)

۲. Sharze and Berg

مصاحبه معطوف به راه حل، بیش از مسئله بر راه حل تأکید می‌کند و بنابراین می‌تواند به مراجع کمک کند تا در قاب مسائلش نماند و به کمک چند سوال کلیدی، هدفهای ساختاریافته‌تری ترسیم کند. در حقیقت با این روش به جای آنکه بگوییم که مشکل حل نخواهد شد یا استرس و اضطراب حل‌شدنی یا نشدنی است و مسئله ما را فرا بگیرد؛ به زندگی بعد از حل این مشکل فکر می‌کنیم و مسئله را دور می‌زنیم.

در درمان کوتاه‌مدت متمرکز بر راه حل، چندین اصل و یا فرضیه وجود دارد که باید در کار با مراجع در نظر گرفته شوند:

- اگر چیزی نشکسته، تعمیرش نکن

- اگر کاری را می‌توانید انجام دهید، هم چنان آن را ادامه دهید.
- اگر کاری را نمی‌توانید انجام دهید، آن را متوقف کنید.
- به جای آنکه پاسخ خود را به مراجع بقبولانید، سؤالاتی از او بپرسید.
- تأکید بر گوش فرادادن و تقویت نقاط قوت، منابع و شایستگی‌های مراجع.
- کار روی آنچه که مراجع می‌تواند انجام دهد نه آنچه که او قادر به انجام نیست.
- یافتن آن چه که افراد به شکل سودمند از قبل در حال انجام آن هستند و کشف راه‌های توسعه و تقویت آن.
- تمرکز و تأکید بر روی جزئیات راه حل نه بر روی مشکلات.
- طراحی اقدامات عملی قابل اجرا
- تأکید بر اینکه قدم‌های کوچک می‌توانند منجر به تغییرات بزرگ گردند.
- راه حل لزوماً به صورت مستقیم به مشکل مربوط نمی‌شود.
- آینده را می‌توان ساخت و درخصوص آن مذاکره کرد (دوست قرین، ۱۳۹۵).
- طبیعی) یا هستی شناختی (تضادهای درونی در مورد ارزشها و هدف زندگی) باشد.

۳.۲.۷. نظریه مداخله در بحران

بحران را می‌توان نوعی «وقوع» یا «پیش‌بینی وقوع» حادثه‌ای (واقعاً آسیب‌زا، دربردارنده خطر آسیب و یا چالش‌برانگیز) که تحمل آن دشوار است، تعریف کرد (جیمز و گیلیالند، ۲۰۰۱). به عبارت دیگر بحران به اختلال در الگوهای عادی کارکرد اشاره دارد به گونه‌ای که فرد با ساز و کار انطباقی معمول خود نمی‌تواند از عهده‌ی آن برآید. بحران زمانی رخ می‌دهد که فرد یا فاقد دانش لازم برای اداره آن است، یا به دلیل احساس درماندگی نمی‌تواند انرژی خود را بر آن متمرکز کند. همه ما گاهی با بحران مواجه می‌شویم. بحران غالباً نتیجه مواجهه با عوامل استرس‌زای شدیدی است که از پیش با آنها مواجه نشده‌ایم. عامل استرس‌زا ممکن است زیستی (بیماری مهم)، بین فردی (از دست دادن ناگهانی یک فرد عزیز)، محیطی (بیکاری یا فجایع طبیعی) یا هستی شناختی (تضادهای درونی در مورد ارزشها و هدف زندگی) باشد.

به هر تقدیر مداخله در بحران را می‌توان برای شمار زیادی از مشکلات به کار برد، مثل تجاوز جنسی، بیماری جسمی، استرس جنگ، استرس پس از حادثه، مهاجرت، تفکرات خودکشی، وابستگی شیمیایی، فقدانهای شخصی، خشونت در مدرسه، خشونت همسر و استرس خانوادگی (جیمز و گیلیلاند، ۲۰۰۱؛ لانتس و والش، ۲۰۰۷). این مداخله رویکرد مبتنی بر توانمندی‌ها را بازنمایی می‌کند، زیرا رشد مراجع حتی در موقعیت‌های وحشتناک امکان‌پذیر تلقی می‌شود. مددکار اجتماعی باید برای کمک به انطباق مراجع با موقعیت و پیش‌رفتن در همان شرایط قابلیت‌های او را به فعل در آورد (شزین، کاپلان و تریو، ۲۰۰۰).

کاپلان (۱۹۹۰) دو نوع بحران را از هم متمایز کرد: گذرهای طبیعی زندگی و حوادث فاجعه‌بار. او اولین کسی بود که مفهوم تعادل حیاتی را به مداخله در بحران ارتباط داد و مراحل واکنش به بحران را توصیف کرد. به هر تقدیر استرس روانی می‌تواند شامل سه مقوله باشد:

■ «آسیب» به تأثیرات حادثه ویرانگری که رخ داده است، اشاره دارد.

■ «تهدید» احتمالاً یکی از رایج‌ترین استرس‌های روانی است. فرد آسیب‌های بالقوه حادثه‌های را که هنوز رخ نداده است، احساس می‌کند.

■ «چالش» شامل حوادثی است که فرد آنها را نه یک زنگ خطر، بلکه در بردارنده فرصت‌های خوب تلقی می‌کند.

ماهیت رویارویی انسان با استرس به ساختار فیزیکی و تجربه‌های قبلی فرد در زمینه اهمیت رویارویی انسان با استرس به زمینه مدیریت بر استرس بستگی دارد (آلدوین، ۱۹۹۴). آسیب‌پذیری در برابر استرس نیز به موقعیت اجتماعی شخص وابسته است؛ برخی از شرایط اجتماعی (از جمله فقر، نژادگرایی و فرصت‌های محصور شده) نسبت به برخی دیگر، فرد را با گرفتاریهای بیشتری مواجه می‌کنند (لوپین، کینگ، مینی و مک یوئین، ۲۰۰۰). اگرچه یک حادثه معین ممکن است از نظر یک نفر بحران تلقی شود و برای دیگری این‌گونه نباشد، برخی از عوامل استرس‌زا به قدری شدید هستند که تقریباً در سراسر جهان، بحران به شمار می‌آیند.

نظام قوی حمایت اجتماعی به فرد کمک می‌کند تا از بحران نجات یابد یا از آن اجتناب کند. حمایت اجتماعی را می‌توان تعاملات و روابط بین فردی محکمی تعریف کرد که به فرد کمک می‌کنند یا احساس دلبستگی را در او برمی‌انگیزند (هایفنول، فریدی، لین و گلر، ۱۹۹۰)، کارکرد اصلی مداخله در بحران باید شامل پیوند دادن مراجع به منابع حمایت اجتماعی یا رسمی باشد. با توجه به محدود بودن خدمات رسمی، استفاده از حمایت‌های طبیعی اهمیت بسیار زیادی برای مراجع دارد. مهمتر از آن، حمایت‌های طبیعی به عادی شدن زندگی مراجع سرعت می‌بخشند. بسیاری از افراد، شبکه‌های حمایتی خود را ناکافی می‌دانند. افرادی که مشکلات «حاشیه‌ای شدن» دست به گریبانند، نسبت به کسانی که با چالش‌های عمومی‌تر مواجه‌اند، شبکه‌های اجتماعی کوچکتری دارند. منابع حمایت اجتماعی احتمالی بسیار زیادند. نمونه‌های آن شامل خانواده و دوستانی است که مراجع آنها را حامی می‌داند (پروچیدانو و هلر، ۱۹۸۳)، و دسترسی به افراد دیگری که می‌توانند گوش بدهند، از اجرای وظایف قدردانی کنند، چالش کاری، حمایت عاطفی، چالش عاطفی، تأیید واقعی و کمک شخصی فراهم سازند (ریچمن، روزنفلد و هاردی، ۱۹۹۳). یکی

از نظام‌های نسبتاً ساده و مفید برای مداخله کردن در بحران، بر در دسترس بودن به حمایت «مادی» (غذا، لباس، سرپناه و سایر کالاهای عینی)، حمایت عاطفی (همه حمایت‌های بین فردی) و حمایت «بزاری» (خدماتی که افرادی مثل خواربارفروش، آرایشگر، صاحب‌خانه در تماس‌های اتفاقی فراهم می‌سازند) متمرکز است (والش و کانلی، ۱۹۹۶). روابط حمایتی غالباً در خوشه‌هایی رخ می‌دهند که جدا از مقوله‌های تعامل‌اند، مثل خانواده هسته‌ای، خانواده گسترده، دوستان، همسایه‌ها، جوامع رسمی، همسالان مدرسه، هم‌تایان شغلی، اعضای کلیسا، گروه‌های تفریحی و انجمن‌های حرفه‌ای (ووکس، ۱۹۹۰). ارتباط داشتن با گروه‌های مختلف نشان می‌دهد که فرد در بسیاری از حوزه‌های زندگی مورد حمایت قرار می‌گیرد و به همین دلیل بسیار سودمند است. تجربه بحران با ایجاد برانگیختگی عاطفی در فرد، کارکرد شناختی او را به شدت کاهش می‌دهد (کاپلان، ۱۹۹۰). زمانی که استرس به فرد وارد می‌شود، کارایی او برای تمرکز بر محیط و عبور از استرس به شدت افت می‌کند. با این حال در مورد چگونگی ارزیابی سطح حمایت اجتماعی مراجع، در میان مددکاران اجتماعی اتفاق نظر وجود ندارد، اما یک روش پیشنهادی مفید، جمع‌آوری چهار نوع اطلاعات است (ووکس، ۱۹۸۸).

(۱) مددکار اجتماعی از مراجع می‌خواهد فهرست همه افرادی را که در یک یا دو هفته گذشته با آنها ارتباط داشته است تهیه کند. (۲) سپس از او می‌خواهد که در بین این فهرست، افرادی را که می‌توانند به شیوه‌های مؤثر از او حمایت کنند، مشخص سازد. (۳) پس از آن مراجع باید اقدامات حمایتی خاصی را که این افراد اخیراً فراهم کرده‌اند توضیح دهد. (۴) در نهایت مددکار اجتماعی از مراجع می‌خواهد کفایت این حمایت‌ها را ارزیابی کند. بر اساس این ارزیابی می‌توان حمایت اجتماعی مراجع را مشخص ساخت و بر حوزه‌هایی که بیشتر نیازمند حمایت است، متمرکز شد.

۸.۲.۳. مدیریت مورد

مدیریت مورد در مددکاری اجتماعی، به فرایند برنامه‌ریزی، جستجوی منابع و حمایت یابی برای مراجع و پایش نحوه ارائه خدمات به نمایندگی از مراجع گفته می‌شود (NASW, ۲۰۱۳). اجرای مدیریت مورد براساس نوع مراکز اجتماعی، متفاوت است. مددکار اجتماعی، اولین ارائه دهنده مدیریت مورد است. مداخلات مدیریت مورد، در سطح خرد و کلان و با توجه به وضعیت روانی اجتماعی مراجع و سیستم اجتماعی که در آن زندگی می‌کند اجرا می‌شود. انجمن مدیریت مورد آمریکا^۱، در تعریف این اصطلاح آورده است: "... مدل حرفه‌ای و مشارکتی است که شامل بیماران، پرستاران، مددکاران اجتماعی، پزشکان و سایر شاغلین، مراقبت‌گیرندگان و اجتماع می‌باشد". در ادامه می‌افزاید «فرآیند مدیریت مورد، در جستجوی هماهنگی هرچه موثرتر منابع از طریق ارتباط و تسهیلگری است. اهداف مدیریت مورد عبارت است از دستیابی به سلامت مطلوب، دسترسی به مراقبت و کاربرد درست منابع؛ که در آن حق خود تصمیم‌گیری مراجع موجب تعادل این فرآیند است».

۱. American case management association

مدیریت مورد رویکردی مراجع‌محور است که هماهنگی خدمات را در جهت تأمین نیازهای افراد آسیب‌پذیر دنبال می‌کند. شیوه‌ای از خدمت‌رسانی که از طریق آن مددکار اجتماعی حرفه‌ای، نیازهای مراجع و خانواده را به طور مشترک ارزیابی کرده و سپس مجموعه‌ای از خدمات گوناگون را برای این مراجعان ویژه و دارای نیازهای خاص، طراحی و هماهنگ می‌کند و همچنین به پایش و ارزیابی آن می‌پردازد. مدیریت مورد با تمرکز بر کیفیت خدمات و استقلال و خودمختاری مراجع ارائه می‌شود.

مدیریت مورد بر این فرض مبتنی است که مراجعان دارای نیازهای متعدد و پیچیده هستند و به طیفی از خدمات، که به صورت یکپارچه دریافت شود، نیاز خواهند داشت. به عبارتی این فرآیند به صورت یک استراتژی مشکل‌گشایی موانع دیده شده است. با این وجود استفاده از مدیریت مورد در مددکاری اجتماعی و سایر حرفه‌ها، تفاوت‌هایی دارد. مددکاران اجتماعی مدیر مورد، هم وضعیت زیستی، روانی و اجتماعی مراجعان و همچنین وضعیت نظام اجتماعی را مخاطب قرار می‌دهند لذا مدیریت مورد در مددکاری اجتماعی هم ماهیتی خرد دارد، هم کلان. مددکار مدیر مورد به عنوان یک تسهیلگر مهم در لابه‌لای عناصر مختلف مراجع، خانواده، ارائه‌دهندگان خدمات، تیم مراقبت، پرداخت‌کننده خدمات و جامعه فعالیت می‌کند. مدیریت مورد یک فرآیند هماهنگ‌کننده از تشخیص و ارزیابی، برنامه‌ریزی، تسهیلگری، هماهنگی خدمات مراقبت، ارزشیابی، حمایت و مدافعه‌گری از انتخابها و خدماتی است که برای تأمین نیازهای همه جانبه سلامتی فرد و خانواده صورت می‌گیرد و این کار از طریق ارتباطات و منابع در دسترس به منظور ارتقا و بهبود خروجی و نتایجی موثر، با کیفیت و با هزینه مناسب است. عمده‌ترین مدل‌های مدیر مورد را در ادامه مشاهده می‌کنید.

مدل	ویژگی‌ها	موارد استفاده	محدودیت‌ها
مدل پایه	شناسایی نیازهای مراجع برای دستیابی به منابع/ محدود بودن روابط مدیر مورد و مراجع/ پایش مختصر/ حمایت یابی در این مدل صورت نمی‌گیرد/ ارائه خدمات حداقلی به بیشترین تعداد مراجعان	در صورتی که خدمات درمانی و حمایتی به صورت یکپارچه ارائه می‌شوند و نیازی به پایش توسط مدیر مورد نیست، این روش می‌تواند کارآمد باشد. در مورد مراجعانی که مشکل مالی یا مشکلات پیچیده و چند وجهی ندارند و یا مشکلات آنها حاد نشده است، می‌توان از این مدل بهره گرفت.	در بسیاری موارد به خاطر محدود بودن رابطه مراجع با مدیر مورد و فقدان حمایت یابی مورد انتقاد قرار گرفته است.
مدل مبتنی بر نقاط قوت	تمرکز بر نقاط قوت و داشته‌های مراجع است. استفاده از شبکه‌های حمایتی غیررسمی/ اولویت دادن به رابطه مدیر مددکار و مراجع/ ارائه خدمات سیار به مراجعان	مراجعان دارای دیگران مهم و شبکه‌های حمایتی و سایر منابع بالقوه درونی و بیرونی که می‌توانند بالفعل شوند.	
مدل مبتنی بر اجتماع	در این مدل مدیر مورد توسط یک تیم ارائه دهنده خدمات حمایت می‌شود. به جای اینکه مدیر مورد منتظر مراجعه فرد به مرکز باشد، خودش به محل زندگی او مراجعه می‌کند. خدمت در این مدل، طولانی مدت ارائه می‌شود. خدمات مشروط داده نمی‌شود (مثال: اگر درس بخوانی، حمایت می‌شوی)	مراجعان فاقد حمایت موثر و فاقد شبکه‌های حمایتی	طولانی مدت بودن محدودیت منابع اجتماعی
دل کلینیکی/ توانبخشی	در این مدل درمان و مدیریت مورد با هم ترکیب شده‌اند. به جای اینکه هر یک از این کارها را یکی انجام دهد، درمانگر، مدیریت مورد را نیز به عهده دارد.	در فیلدهای درمانی و کلینیکی برای مددکارانی که کار بالینی و درمانی انجام می‌دهند.	

در مدیریت مورد، مددکار اجتماعی، مراجع را به منابع اجتماعی مورد نیاز و فرصت های رفع نیازهایش متصل می کند و شامل اصول اولیه ذیل است:

- همکاری بین رشته ای و کار تیمی
- حساسیت به ملاحظات فرهنگی
- عملگرایی: از نقطه ای که مراجع در آن قرار دارد شروع می کند.
- مراجع محوری
- انعطاف
- خانواده محور

مدیریت مورد اهدافی را دنبال می کند. به این ترتیب گرچه هدف اولیه مدیریت مورد بهینه سازی عملکرد مراجعان بواسطه ی تأمین مکفی خدمات با کیفیت است اما تداوم مراقبت از مهمترین اهداف مدیریت مورد است. در این هدف دو نکته وجود دارد: یکی اینکه خدمات جامع و هماهنگ هستند و دیگر اینکه این خدمات در هر زمان حتی همراه با تغییر نیاز مراجعان به خوبی ارائه شوند. این موضوع به ویژه در خصوص مراجعانی بیشتر صدق می کند که دارای محدودیتهای ویژه و مادام العمر هستند.

در به کارگیری مدیریت مورد باید برخی ملاحظات را مدنظر داشت:

- ارائه مستمر خدمات بدون وجود وقفه.
- دسترسی به خدمات برای کلیه مراجعان
- جامعیت در ارائه انواع خدمات مراقبتی و درمانی به مراجع
- کفایت سرمایه گذاری برای تأمین خدمات مورد نیاز مراجع
- خدمات رسانی و ترغیب مراجعان نیازمند به استفاده و بهره برداری از خدمات
- حفظ کیفیت که با مدیریت هزینه ها مانع از کاهش کیفیت و کمیت ارائه خدمات شود.

فصل چهارم

اقدامات و بسترسازی‌ها در مددکاری
اجتماعی

۴. اقدامات و بسترسازی ها در مددکاری اجتماعی

مقدمه

خانه‌ی سلامت برای رسیدن به اهداف و فعالیت‌های خود که در ادامه ذکر خواهد شد، لازم است فعالیت‌هایی را به صورت مستمر انجام دهد. اثربخشی مداخلات این مراکز در گرو ارتباطات مستمری است که می‌بایست با سازمانها و مراکز مردم نهاد و دولتی داشته باشند. شناساندن و معرفی مرکز و راهاندازی سیستم جذب مراجع و ارجاع قوی از دیگر ملزومات آن است. بدون این موارد بعید به نظر می‌رسد مرکز بتواند به موفقیت دست یابد. در ادامه با تشریح موارد ذکر شده برخی توضیحات ارائه می‌شود.

۴.۱. شناسایی و ایجاد رابطه با منابع اجتماعی

بدیهی است در راستای توانمندسازی و بازگشت به خانواده و اجتماعی دختران آسیب‌دیده و در معرض آسیب، نمی‌توان به ظرفیت‌های خانه‌ی سلامت بسنده کرد. این فرآیند بدون کمک و حمایت سایر منابع اجتماعی ممکن نخواهد بود. این افراد مشکلات عدیده‌ای دارند که تسریع همکاری سازمان‌های مختلف می‌تواند فرایند جامعه‌پذیری و بازگشت به زندگی سالم را تسریع کند. سازمان ثبت‌احوال، مراجع قضایی نظیر دادگاه و شورای حل اختلاف، مراکز کاربابی خصوصی در کنار منابع مردمی و غیر دولتی و... می‌توانند بسیار کمک‌کننده باشند. از سوی دیگر خانه‌ی سلامت درصدد بازگرداندن دختران در معرض آسیب به زندگی معمول در خانواده و اجتماع هستند؛ لذا موفقیت در این مسیر در گرو شناسایی و برقراری ارتباط مثبت با سایر نهادها و ارگانهای رسمی و غیر رسمی، از خانواده فرد گرفته تا سازمانهای دولتی است. این مراکز باید از خدماتی که جامعه محل فعالیت آنها می‌تواند به این گروه از افراد ارائه دهد به خوبی اطلاع داشته و در اسرع وقت با آنها ارتباط برقرار کند. در این زمینه و با توجه به نیازهایی که پیشتر ذکر شد می‌توان برخی منابع را در اولویت قرار داد و از منابع آنها در ارجاع مراجعان استفاده کرد. با توجه به طیف وسیعی از مسائل پیش‌روی دختران در معرض آسیب، در بسیاری از موارد مشکلات و مسائل به گونه‌ای است که نیازمند شناسایی منابع جدید است.

سیستم ارجاع در خانه‌ی سلامت باید پویا، فعال و سیال باشد و هر لحظه در جست‌وجوی منابع جدید باشد و برای رفع نیازهای خود به یک منبع اکتفا نکند. در این زمینه و با توجه به مشکلات گروه هدف می‌توان برخی منابع را پیشنهاد داد:

- مراکز آموزشی و مدارس
- مراکز مشاوره و روان‌درمانی
- خیرین محلی (در امور مالی و ارائه خدمات تخصصی مانند هنر حرفه‌آموزی، فرهنگی، ورزشی و...)
- بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی و بهداشتی
- مراکز مشاوره حقوقی
- مراکز قضایی نظیر دادگاه، دادگستری، شورای حل اختلاف و...
- ثبت احوال
- سازمانهای مردم‌نهاد فعال در حوزه کودکان و زنان
- سازمانهای حمایتی دولتی و غیردولتی مانند کمیته‌امداد، سازمان بهزیستی و سمنهای غیردولتی و عام‌المنفعه
- مراکز حرفه‌آموزی
- مراکز اشتغال‌زایی و کاریابی
- رسانه‌ها و مطبوعات (برای تبلیغات، اطلاع‌رسانی، حمایت‌یابی و...)
- و...

در همین راستا مددکار اجتماعی می‌بایست با درک عمیقی از مسائل و مشکلات پیش‌روی مراجعان خود، با سازمانها، نهادها و حتی افرادی که می‌توانند در این مسیر به او کمک کنند، ارتباط برقرار نماید و شبکه‌ای بالقوه از حمایت‌ها و خدمات مختلف تشکیل بدهد و در صورت نیاز از آن استفاده کند.

مددکار اجتماعی در این زمینه باید از چند ویژگی برخوردار باشد:

- شناخت کلی از منابع در دسترس
 - شناخت خدمات اجتماعی سازمان‌های مختلف
 - همکاری‌های بین‌بخشی و بین‌سازمانی
- تنها در صورت شناخت دقیق و دسترسی وسیع به منابع اجتماعی است که یک مددکار حرفه‌ای نقش حمایت‌یابی و مدافعه‌گری را در فرایند ارائه خدمات، به خوبی ایفا کند.
- پس از شناسایی منابع اجتماعی باید یک لیست از تمامی منابع آماده شود. لیست مزبور باید قابلیت به روز رسانی داشته باشد، به همین خاطر می‌توان یک نمونه‌ی با استفاده از نرم‌افزار Word و یا ترجیحاً Excel طراحی شود. در این لیست می‌توان هر صفحه را به یک دست از منابع اختصاص داد. برای نمونه خیرین و مراکز خیریه، مراکز کاریابی و شغلی، مراکز بهداشت و درمان، مراکز حقوقی - انتظامی، مراکز درمان اعتیاد و....
- تهیه بانک اطلاعاتی از منابع اجتماعی یک اقدام منطقی است که در صورت نیاز می‌توان به آن مراجعه کرد. در این زمینه رابطه با سازمان‌های غیرانتفاعی جایگاه ویژه‌ای دارد و می‌تواند پل ارتباطی خانه‌ی سلامت با سایر مراکز باشد. رابطه‌ی مناسب کلینیک‌های مددکاری اجتماعی هم به عنوان گزینه پیشنهادی در بسیاری از زمینه‌ها، قابلیت ارجاع خانه‌ی سلامت را بالا می‌برد.

یکی از اقدامات ارزنده در این مسیر دعوت از افراد متنفذ و صاحب قدرت و جایگاه تصمیم‌گیری برای بازدید از خانه‌ی سلامت است. سعی کنید این کار را با آرامش و دقت نظر انجام دهید. ابتدا لیستی از افرادی که می‌توانند در ارجاعات و دریافت خدمات به شما کمک کنند، را تهیه کنید.

در ادامه می‌توانید ضمن آماده کردن بروشور و گزارشی از مرکز خود، به بازدید از مرکز یا شخص مربوطه بروید. سپس او را با دعوت‌نامه‌ی رسمی (با هماهنگی کارشناس مسوول امور آسیب دیدگان اجتماعی بهزیستی استان) و در صورت امکان با سربرگ سازمان بهزیستی، به بازدید از مرکز خود دعوت کنید.

۴.۲. حمایت‌یابی و مطالبه‌گری

منظور از حمایت‌یابی تأثیرگذاری روی صاحبان قدرت برای ایجاد تغییرات، تأثیر بر تصمیمات مراجع تصمیم‌گیری و قدرت، به نفع کسانی است که فاقد قدرتند. یا طبق تعریف دیگر به معنی اقدام (شامل مذاکره، اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی، پیگیری، برنامه‌ریزی، حمایت‌یابی، لابی‌گری، ایجاد کمپین و...) به نمایندگی از طرف مراجعان و به منظور تأمین منافع آنها با روش‌های گوناگون است. حمایت‌یابی زمانی توسط مددکاران اجتماعی انجام می‌شود که خود مراجع به دلیل محدودیت‌های موجود قادر به انجام آن نباشد (انجمن علمی مددکاران اجتماعی: ۱۳۹۲).

از ویژگی‌های منحصر به فرد مددکاران اجتماعی حرفه‌ای، شناخت و دسترسی وسیع آن‌ها به منابع اجتماعی است. اغلب متخصصان بر این باورند که مددکاران اجتماعی در این بخش بسیار می‌توانند کمک‌کننده و موثر اقدام کنند. از جمله مهارت‌های مهمی که مددکاری اجتماعی را از سایر حرفه‌های یاورانه نظیر روانشناسی و مشاوره متمایز می‌سازد، تعاملی است که مددکاران اجتماعی با سازمانها، نهادها و منابع موجود در اجتماع دارند.

در خصوص حمایت‌یابی آنچه که شما باید به خاطر داشته باشید:

- حمایت‌یابی را همانند یک فرآیند ببینید نه یک اتفاق.
- در همه سطوح (خرد و کلان) رایزنی انجام دهید.
- حمایت‌یابی را یک حق مشروع مراجعان خود بدانید.
- دست آخر در خصوص اقناع منابع اجتماعی برای حمایت از مراجعان شما به چند نکته مهم زیر توجه کنید:
 - خلاصه و موجز پیام خود را منتقل کنیم.
 - به طور مستقیم خواسته خود را به قانون یا لایحه خاصی ارجاع بدهیم.
 - پیامتان را با ارجاع به تجربیات واقعی زندگی عینیت بدهیم.
 - اگر شما یک پیام یا نامه کتبی می‌فرستید مطمئن شوید که به دست فرد مورد نظر می‌رسد.
 - رسیدن نامه‌تان را با تماس تلفنی یا دریافت رسید پیگیری کنیم.
 - متمرکز باشید. برای هر ارتباط یک مساله را دنبال کنیم.

- یک ارتباط شخصی برقرار کنید. اگر شما دارای خویشاوند، دوست یا همکار مشترکی مثلاً با یک نماینده مجلس هستید، این رابطه را پنهان نکنید.
- راستگو باشید. دادن اطلاعات غلط و نادرست به سرعت اعتبار ما را از بین می‌برد.
- بدانید که چه کسی طرف ما و چه کسی مخالف ماست.

جلب توجه جامعه به یک مساله، تبدیل آن به یکی از نگرانی‌های عمومی اجتماع را ادعاسازی می‌گویند. مددکاران اجتماعی درصدد هستند بتوانند موضوعات مربوط به گروه هدف خود را چنان برای دیگران مهم جلوه دهند تا بتوانند اجتماع را با خود همراه ساخته به گونه‌ای که خواهان ایجاد تغییر شوند. این تغییرات می‌تواند در سیاستگذاری‌ها اتفاق بیفتد، ممکن است در کمیت یا کیفیت ارائه خدمات دنبال شود و یا هر تغییری که به دنبال جلب منافع بیشتری برای گروه هدف است. مساله حمایت‌یابی برای مراجعان موضوعی است که باید برای طرح آن تلاش کرد و بواسطه‌ی طرح آن بتوان زمینه‌ی بازگشت به اجتماع، خانواده و بازار کار را فراهم نمود. لازم است برای همراه ساختن جامعه از طریق افراد تاثیرگذاری مانند صاحبان صنایع، خیرین، کارفرماها و صاحبان و مدیران شرکت‌ها و... و جلب حمایت آنها در کمک به مراجعان و خانواده‌های آنان تلاش شود.

پیشنهادهای برای این‌که چگونه پیام خود را به گوش مخاطبان برسانیم:

- برگزاری همایش‌ها و سمینارها با موضوع حمایت اجتماعی از دختران در معرض خطر و خانواده‌های آنان: مخاطب سمینار و همایش عموم مردم نیستند بلکه گروه‌های فرهیخته اجتماع از جمله دانشگاهیان، هنرمندان و نویسندگان، مدیران و کارشناسان سازمان‌های حمایتی، مسئولان رده‌بالا، افراد تاثیرگذار در آموزش و پرورش و معلمان سرشناس، کارآفرینان و نیز فعالان سازمان‌های مردم‌نهاد و مانند این‌ها هستند. برخی پیشنهادات برای برگزاری چنین مراسم‌هایی بر تاثیرگذاری هرچه بیشتر برنامه می‌افزاید:

- در این سمینارها می‌توان از صنایع و کارخانجات و کارآفرینان و خیران دعوت به عمل آورد. قبل از این کار می‌توان با حضور در محل فعالیت‌شان از اهداف مرکز برای آنها توضیحاتی ارائه داد و آنها را برای حضور در سمینار یا همایش مزبور دعوت نمود. مددکاران اجتماعی مرکز در این همایش‌ها می‌توانند از کارخانجاتی که قبلاً در فیلم‌های دیگر حامی‌شان بوده‌اند دعوت به عمل آورند و در مراسم از آنها تجلیل کنند. وقت سخنرانی به مدیران و نمایندگان این سازمان‌ها بدهند تا آنها حرف دل شما را می‌زنند.
- حضور دختران در معرض خطر و آسیب‌دیده در این مراسم‌ها و بیان مشکلات سابق‌شان، تغییراتی که تجربه کرده‌اند، امیدهایی که دارند و حمایت‌هایی که نیاز دارند، تاثیرگذار خواهد بود.

- برگزاری کارگاه‌های آموزشی در خصوص حمایت از دختران در معرض خطر و آسیب‌دیده و خانواده‌های آنان: کارگاه آموزشی اگرچه نسبت به سمینار و همایش مخاطبان کمتری دارد اما امکان گفتگو و مشارکت بیشتری را فراهم می‌آورد. در عین حال برگزاری این‌گونه کارگاه‌ها به امکانات و وقت و هزینه کمتری نیاز دارد و می‌توان به دفعات آن را برای گروه‌های بیشتری از مخاطبان برگزار کرد. کارگاه‌های آموزشی محیط امن و صمیمانه‌ای فراهم می‌آورند که می‌توان جنبه‌های مختلف اجتماعی و فرهنگی مساله را در آنها به بحث گذاشت

و از همفکری مخاطبان بهره‌مند شد. فضای همدلانه‌ای که معمولاً در این کارگاه‌ها شکل می‌گیرد فرصت مناسبی برای معرفی نمونه‌های واقعی است. چند نکته برای برگزاری چنین کارگاه‌هایی پیشنهاد می‌شود:

- در این کارگاه‌ها می‌توان از خیرین محلات، کارفرماهای محلی و صاحب شرکت‌ها و صناعی که در سطح محلات و اجتماعات کوچکتر فعالیت می‌کنند، دعوت به عمل آورد. جلب رضایت این افراد برای اشتغال حتی چند نفر خود گام بزرگی است. گرفتن ماهیانه ۳۰ سبد غذایی هم در نوع خود می‌تواند کمک‌کننده باشد.

- حضور مراجعان اهرم قوی در جلب حمایت هستند. افرادی که از دید جامعه بی‌گناه اما قربانی وضعیت موجود هستند و مشکلات دامن‌گیر آنهاست و کمک به آنها اشتیاق بیشتری را در جامعه بر می‌انگیزد.

- معرفی مشکلات مراجعان در کنار امیدی که به نتیجه‌ی مداخلات خانه‌ی سلامت دارند، می‌تواند افراد جامعه و افراد تاثیرگذار را هم برای سهیم‌شدن در کار و حمایت از آنها همراه سازد.

- استفاده از فرصت جشنواره‌ها و نمایشگاه‌های عمومی محلی، بازارچه‌های خیریه و یا برگزاری نمایشگاه‌های اختصاصی برای معرفی موفقیت‌ها و توانایی‌های مراجعان در مشاغل حرفه‌ای، هنر، ادبیات و مانند آن. این جشنواره‌ها و نمایشگاه‌ها مخاطبان عام دارند و معمولاً مورد استقبال قرار می‌گیرند. برای این کار باید از قبل مقدمات لازم فراهم شود.

- شناسایی مراجعانی که استعداد لازم را در زمینه‌های گوناگون دارند و خلق آثاری برای عرضه در این نمایشگاه‌ها، نکات مهمی هستند که مقدمات به قبل از برگزاری این‌گونه مراسم بر می‌گردد. از طرف دیگر انتخاب مکان مناسب برگزاری این نمایشگاه و جشنواره‌ها، نحوه اطلاع‌رسانی و جلب همکاری موسسات و سازمان‌های حمایتی و خیریه، دعوت از رسانه‌ها برای پوشش اخبار مربوط به آن اقداماتی است که باید به بهترین شکل انجام شود.

- حضور مراجعان در این مراسم‌ها و عرضه محصولات خانگی و هنرهای دستی و... که دارند نیز از گزینه‌هایی که است که منطقی به نظر می‌رسد. یادمان باشد که در موارد زیادی خانواده‌ی مراجعان هم نیازمند حمایت هستند.

- صاحبان صنایع، کارفرماها و خیرین شناخته‌شده در عین حال که نقش کلیدی در تایید تلاش‌های ما و حمایت از موضع ما دارند اما به دلیل مسئولیت‌هایی که برعهده دارند با مسائل بسیاری درگیرند و وقت کافی برای مشارکت فعال نخواهند داشت. بنابراین برای جلب توجه و حمایت آنان باید ترکیبی از روش‌های تاثیرگذار که وقت زیادی نیز نمی‌گیرند استفاده کرد:

- لازم است ابتدا وقت قبلی ملاقات با این افراد بگیریم. در جلسه ملاقات مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت و در صورت نیاز مدیر مرکز باید مطلب اصلی را به صورت خلاصه و به شکلی تاثیرگذار منتقل کند. اگر در این جلسات، تعدادی از مراجعان که بتوانند بخشی از شرح مساله را برعهده بگیرند، ما را همراهی کنند، تاثیر گفتگو بیشتر خواهد بود.

- دعوت از آنها برای بازدید از خانه‌ی سلامت همراه با تلاش‌هایی که برای توانمندسازی این گروه می‌شود و همچنین بازدید و معرفی ظرفیت‌ها و موفقیت‌های تحصیلی، شغلی و... آنها، ترتیب دادن بازدیدهای خصوصی از مراجعانی که به حمایت‌های فوری نیاز دارند و... در عین حال که وقت‌گیر نیست یک تصویر کلی از مساله نیز در اختیار آنان قرار می‌دهد. درست است که آنها وقت کافی برای اختصاص دادن به این موضوع خاص ندارند، اما لازم است با واقعیت‌ها از نزدیک آشنا شوند. این آشنایی در عین حال که حساسیت مساله و لزوم توجه جدی به آن را به آنان ثابت می‌کند، تصویرهای واقعی و مثال‌های زنده‌ای

در اختیار این افراد قرار می‌دهد که برای متقاعد کردن لایه‌های بعدی به آنها نیاز دارند.

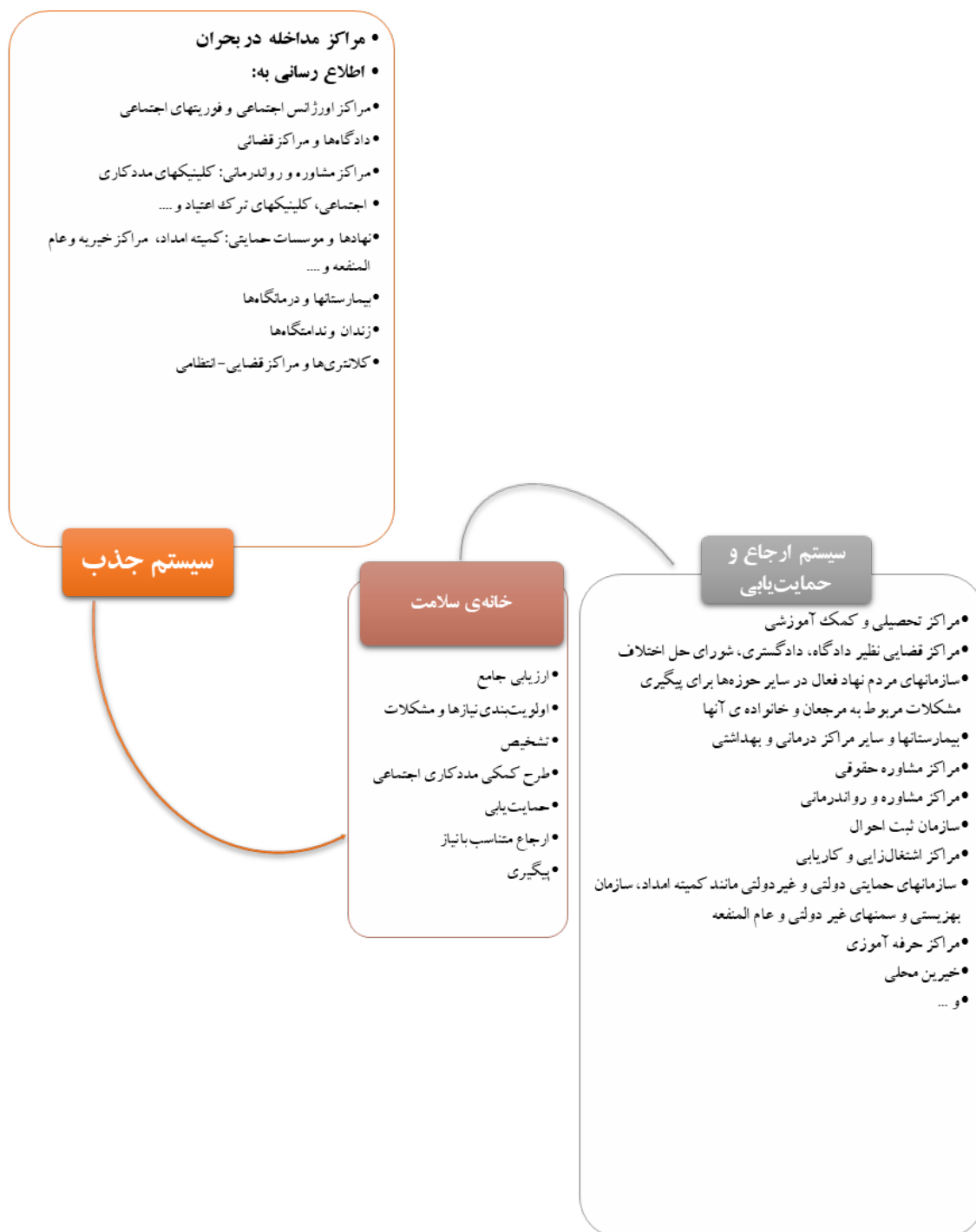
۳.۴. راه‌اندازی نظام ارجاع

سیستم ارجاع از الزامات خانه‌ی سلامت است. شناسایی منابع اجتماعی باید به سیستم ارجاع پویایی ختم شود. این سیستم ارجاع باید واجد چند ویژگی باشد:

- در دسترس بودن
- ارتباط سریع
- برخورداری از چند منبع برای هر نیاز
- ارتباط دو طرفه و متقابل
- ارتباط مستمر و محدود نشدن به زمان ارجاع
- قدردانی مستمر

راه‌اندازی سیستم ارجاع نیازمند برخی اقدامات است که مددکار اجتماعی باید آنها را در اقدامات خود لحاظ کند:

- شناسایی و ارتباط با تمامی مراکزی که امکان دارد گروه‌های هدف با آنها در ارتباط باشند.
- رابطه‌ی حسنه و پایداری با این مراکز داشته باشد.
- دامنه‌ی ارتباطات باید با طیف متنوعی از سازمانها از دولتی گرفته تا افراد حقیقی و حقوقی و سازمانهای خیریه و غیر دولتی برقرار باشد.
- از نیروهای معتمد و محلی در جذب و شناسایی مراکز و منابع اجتماعی کمک بگیرد.
- ذی‌نفعان را در توسعه سیستم جذب و ارجاع سهیم سازد.
- از کارشناسان خبره و پیگیر برای توسعه این سیستم کمک بگیرد.
- از صفر شروع نکند و سراغ مراکز فعال رفته و از منابع اجتماعی آنها کمک بگیرد.
- رابطه‌ای متقابل و مثبت را با سازمان ها و موسسات ایجاد کند.
- از موسسات و مراکز فعال بازدید کند و آنها را به بازدید از مرکز خود دعوت کند.
- از مراجعان برای معرفی مرکز کمک بگیرد.
- با افراد محلی و ساکنان منطقه ارتباط و تعامل داشته باشند.
- در مراسمها و مناسبتها حضور فعال داشته باشند.





فصل پنجم

فرآیند اقدام مددکاری اجتماعی

۵. فرآیند اقدام مددکاری اجتماعی

مددکاران اجتماعی در ارائه خدمات خود به یک فرآیند معتقدند که اساس آن بر پایه‌ی اعتمادسازی و رفتار حرفه‌ای است. در این فرآیند لازم است تا مراحل زیر برای یک اقدام حرفه‌ای صورت گیرد:

- ۱- برقراری ارتباط با مراجع و پذیرش او
- ۲- تمهیدات پذیرش
- ۳- ارزیابی جامع وضعیت مراجع
- ۴- طراحی برنامه‌ی کمکی با مشارکت و توافق مراجع
- ۵- اقدام و تدارک خدمات اجتماعی
- ۶- خاتمه رابطه
- ۷- پیگیری‌های پس از خاتمه

با این توضیحات در ادامه به شرح هر کدام از این مراحل خواهیم پرداخت.

۵.۱. برقراری ارتباط با مراجع

مددکار اجتماعی در خانه‌ی سلامت تلاش می‌کند شرایطی فراهم آورد تا به مراجع کمک کند بتواند انتقال سالمی را از محیط زندگی قبلی خود به محیط جدید تجربه کند و نیازهای روانی، عاطفی و اجتماعی خود را در طول این انتقال و پس از آن پاسخ دهد. این تلاش از طریق تعامل و تعادل بین جنبه‌های مختلف بهزیستی روانشناختی، جسمانی و اجتماعی فرد به ثمر خواهد نشست. مددکار اجتماعی می‌بایست از عواملی که ممکن است تأثیرات منفی بر سلامت مراجعان بگذارد، آگاه باشد و در صورت امکان از مخاطراتی که مخل سلامت مراجعان است، پیشگیری کند. به خاطر داشته باشید عمده‌ترین تأثیری که تروما در انحاء مختلف بر افراد می‌گذارد از بین بردن احساس اعتماد در روابط بین فردی و ناتوان کردن افراد در برقراری رابطه امن و موثر است و در نتیجه افراد، در فقدان حمایت‌هایی که می‌توانستند از طریق برقراری روابط بین فردی به دست بیاورند، آسیب‌پذیر شده و دچار آشفتگی می‌شوند. اگر بخواهیم مرکز اصلی آشفتگی افراد نام ببریم، قطعاً این است که فرد دارای سابقه تروما نمی‌تواند برای دریافت کمک ارتباط برقرار کنند و تلاش می‌کند تا به تنهایی، آسیب خود را برطرف کند و اگرچه این الگو توانسته در کوتاه مدت به او کمک کند اما در بلند مدت او را با ناتوانی مواجه کرده است. به این ترتیب خانه‌ی سلامت سیستمی را فراهم کند تا در آن مراجعان بتوانند احساس اعتماد از دست رفته خود را دوباره بدست آورده و با برقراری ارتباط موثر، کمک مورد نیاز خود را درخواست کنند.

از طرفی گرچه برای شما به عنوان مددکار خانه‌ی سلامت ممکن است پذیرش مراجع به امری روتین تبدیل شده باشد اما حضور در این مکان، برای مراجع، دوستان و خانواده او یک اتفاق جدید و مهم است. این اتفاق به سادگی مدیریت نمی‌شود و نیاز به برنامه‌ریزی و تأمل، جهت انجام مراحل قبل از پذیرش و مرحله پذیرش دارد. لازم است مراجعان قبل از پذیرش در مرکز و تشکیل پرونده با مرکز و افراد شاغل در آن آشنایی نسبی پیدا کنند. خطری که وجود دارد این است که معمولاً کارکنان خانه سلامت و سایر مراکز مشابه زمان کمی را به این مساله مهم اختصاص می‌دهند.

۵.۲. تمهیدات پذیرش

پس از ارتباط اولیه می‌بایست شرایط پذیرش مراجع فراهم شود. در این رابطه برخی تمهیدات باید در دستور کار قرار گیرد. در این بخش شرایط حضور مراجع در خانه سلامت ارزیابی می‌شود و در صورت احراز آن، ارزیابی‌های جامع و گام‌های بعدی دنبال خواهد شد.

۵.۲.۱. اطمینان از تامین نیازهای اساسی

از مهمترین و فوری‌ترین اقداماتی که باید در رابطه با مراجع به آن توجه شود، پرداختن به نیازهای اساسی مراجع است. در این رابطه مددکار قبل از هر کاری باید نیازهای فوری مراجع را بررسی کند و در صورت نیاز جهت رفع آنها اقدام کند. این دست نیازها بر رابطه‌ی اولیه و بلندمدت ارتباط مددکار اجتماعی-مراجع موثر است. به عبارتی پرداختن به نیازهای فوری مراجع بازگشت به همان اصل اساسی در مددکاری اجتماعی است که "از جایی شروع کنید که مراجع در آن قرار دارد". این دست نیازها مستلزم دقت، نکته‌سنجی و طرح سوال مستقیم توأم با اعتمادسازی است. منظور از نیازهای فوری مواردی نظیر گزینه‌های زیر است:

- تامین پوشاک مناسب
- رسیدگی به جراحات و یا صدمه‌دیدگی
- رفع سوء تغذیه و گرسنگی
- نیاز به تماس فوری با شخص خاصی

۵.۲.۲. بررسی شرایط اولیه پذیرش در خانه سلامت

در ابتدای پذیرش مراجعان در خانه سلامت می‌بایست شرایط اولیه‌ی ورود مراجع بررسی کند. در این جا علاوه بر بررسی مداخلات مورد نیاز، وضعیت سلامت روان و... نیز بررسی می‌گردد:

۵.۲.۲.۱. مدارک و شرایط اولیه‌ی موردنیاز برای پذیرش در خانه سلامت

پذیرش در خانه‌ی سلامت از طریق مرکز مداخله در بحران انجام می‌شود. به عبارتی معرفی‌نامه و حکم قضائی مراجع مبنی بر دستور اقامت در سازمان بهزیستی ضمن ارجاع او ارائه می‌گردد. با این وجود جهت بررسی و تکمیل پرونده در خانه‌ی سلامت، مددکار اجتماعی می‌بایست محتوای پرونده را که به همراه مراجع از مرکز مداخله در بحران ارسال می‌گردد، بررسی کند. مددکار اجتماعی باید نسبت به تکمیل مدارک زیر در پرونده اطمینان حاصل کند و در غیر این صورت سریعاً پیگیر دریافت آنها از مرکز مداخله در بحران و در مواردی همچون مدارک هویتی (نظیر شناسنامه و کارت ملی) از مراجع مرتبط شود.

- مدارک شناسایی شامل شناسنامه و کارت ملی
- مدارک مرتبط با وضعیت سلامت جسمانی و روانی (از مرکز مداخله در بحران)
- پرونده کامل مددجو که در مرکز مداخله در بحران تشکیل شده است. مدارک مربوط به آزار و خشونت از پزشکی قانونی (در صورتی که مراجع آزار دیده باشد و مرکز مداخله در بحران جهت تکمیل پرونده و مشخص نمودن شرایط مراجع این مدارک را اخذ کرده باشد)
- وجه نقد و اموال (در صورتی که مراجع همراه داشته باشد)

مراجع اگر به هر دلیلی فاقد این مدارک باشد لازم است ضمن پذیرش و اسکان اولیه، موضوع تکمیل پرونده در اسرع وقت توسط مددکار اجتماعی پیگیری شود. مددکار اجتماعی باید مراتب را به کارشناس سازمان بهزیستی شهرستان اطلاع دهد تا در خصوص پذیرش یا ارجاع مراجع به مرکز دیگری، تعیین تکلیف شود. خالی از لطف نخواهد بود شرایط پذیرش مراجعان در خانه‌ی سلامت اشاره شود. همان‌گونه که در دستورالعمل اشاره شده است مراجعان خانه سلامت باید واجد چند ویژگی باشند که ارزیابی آن را توسط پزشکی قانونی الزامی می‌سازد:

۵.۲.۲.۲. باکره بودن و برخورداری از سلامت جنسی

از شرایط اولیه‌ی پذیرش در خانه‌ی سلامت، داشتن "هایمن" برای دختران است.

تبصره ۱: برخی استثنائات برای الزام باکرگی مراجعان وجود دارد که با طرح در کمیته امور آسیب‌دیدگان اجتماعی استان، در مورد پذیرش و یا ادامه‌ی حضور مراجع در خانه‌ی سلامت تعیین تکلیف می‌شود.

تبصره ۲: در صورتی که به رغم داشتن گواهی پزشکی قانونی مبنی بر دختر بودن، مشاهدات و تشخیص روان‌شناس خانه‌ی سلامت دال بر این مساله باشد است که مراجع سابقه و الگوی رفتار جنسی خیابانی و ناپسند دارد و حضور او برای سایر مراجعان آسیب‌زاست، لازم است پذیرش و یا انتقال مراجع به سایر مراکز از طریق مدیر مرکز در کمیته امور آسیب‌دیدگان اجتماعی استان پیگیری شود.

۵.۲.۲.۳. برخورداری از سلامت روان

مراجعان خانه‌ی سلامت باید از سلامت روانی برخوردار باشند. تایید سلامت روانی مراجع برعهده‌ی پزشکی قانونی است.

تبصره ۱: برخی از اختلالات و عوارض خفیف روانشناختی همانند اضطراب، فوبیا و... مانع از پذیرش در خانه‌ی سلامت نمی‌شوند. مسئولیت تعیین تکلیف در این مورد برعهده‌ی روانشناس خانه‌ی سلامت است.

۵.۲.۲.۴. عدم مصرف مواد و الکل

از دیگر شرایط پذیرش در خانه‌ی سلامت مطرح است، فقدان مصرف مواد (مخدر/محرک) و الکل از جانب مراجع است. در این رابطه گزارش پزشکی قانونی باید بررسی شود.

توضیح: نقض هر کدام از این شرایط از جانب مراجع در هر مقطعی از حضور در مرکز، مانع از ادامه‌ی پذیرش وی می‌شود. تصمیم‌گیری در این رابطه برعهده‌ی کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی استان است.

نمونه پاسخ پزشکی قانونی

ریاست محترم سازمان بهزیستی / نیروی انتظامی / دادگستری

احتراماً عطف به نامه مورخ..... از صاحب عکس فوق به هویت
فرزند معاینه به عمل آمد و گزارش تخصصی مرکز شما بررسی گردید. نامبرده جنون یا سفاهت
ندارد ولی دچار اختلال شخصیتی ضد اجتماعی است که نیاز به درمان دارویی و مشاوره‌ی رواندرمانی دارد که با
آنها بیمار تا حدی کنترل خواهد شد.

۵.۳. تصحیح و شفاف‌سازی انتظارات و مقررات اسکان در خانه سلامت

پس از اطمینان از شرایط اولیه‌ی پذیرش ارزیابی جامع وضعیت مراجع در دستور کار قرار می‌گیرد. با این حال قبل از ارزیابی وضعیت مراجع می‌بایست شرایط اسکان و دریافت خدمات در خانه سلامت بررسی و در صورت برداشت اشتباه، اصلاح شود.

۵.۳.۱. بررسی میزان آشنایی و انتظارات مراجع از مرکز

لازم است میزان آشنایی مراجع با خانه‌ی سلامت و انتظارات او از مرکز سنجیده شود. برای این مهم می‌توانید از عبارات زیر استفاده کنید:

- آیا اطلاع دارید در حال حاضر در چه مرکزی حضور دارید؟
- در مورد این مرکز چه چیزهایی شنیده‌اید؟
- آیا با این قوانین اینجا آشنا هستید؟

این مواجهه اولیه تا حد زیادی اقدامات بعدی شما را متاثر خواهد ساخت. در مواردی مراجعانی ممکن است در خصوص مرکز اطلاعات ناقص یا حتی اشتباهی داشته باشند. بررسی اطلاعات اولیه تا حد زیادی این موضوع را شفاف می‌کند. در اینجا مددکار اجتماعی باید ضمن تصحیح اطلاعات مراجع، او را نسبت به وضعیت مرکز و مقررات مرکز آشنا سازد.

۵.۳.۲. معرفی خانه سلامت به مراجعان

در ملاقات اولیه مددکار اجتماعی ضمن گفتگو و آشنایی با مراجع، امکانات و برنامه‌هایی که قرار است در مرکز فراهم شود معرفی می‌کند. برای مثال به مراجع توضیح داده شود برنامه شام و میان وعده چگونه سرو می‌شود یا فعالیت‌های روزانه به چه صورتی انجام می‌شوند. وظایف مراجع و قوانینی که باید رعایت کند نیز از جمله موضوعات گفتگوی مددکار-مراجع است. این موضوع به ویژه زمانی که مراجع از سایر مراکز نظیر مراجع قضایی یا به صورت غیرداوطلبانه به مرکز ارجاع داده شده است، اهمیت مضاعف می‌یابد. طی ملاقات اولیه لازم است مددکار احساس و واکنش مراجع نسبت به حضور در مرکز را ارزیابی کند.

ممکن است جلسات دیگری بعد از پذیرش نیاز باشد تا مددکار بتواند به جمع‌آوری مابقی اطلاعات و تکمیل آنها بپردازد. در اغلی موارد مراجعان اطلاعات چندانی در خصوص زندگی شخصی و سابقه مشکلات خود و... در اختیار مددکار قرار نخواهند داد. این امر مخصوصا در مراجعان غیرداوطلب از اهمیت بالاتری برخوردار است.

به هر حال نقش مددکار اجتماعی در مرحله اولیه پیش از پذیرش براساس معیارهای زیر هدایت می‌شود:

- آگاهی از ارزش‌ها و فردیت هر مراجع
- برخورد همراه با احترام، شفقت و همدلی
- ایجاد محیطی جهت رشد شخصی مراجعان
- اتخاذ نمودن چشم‌انداز جامع از طریق شناخت تعامل پویای سلامت جسمانی، روانی اجتماعی و روحی
- ایجاد محیطی امن و حمایتگر برای مراجعان
- کمک به رشد خود پنداره مثبت مراجعان جهت ارتقاء مهارت‌های تصمیم‌گیری، ارتباط اجتماعی و استقلال

وظایف اصلی مددکار در این مرحله عبارتند از:

- معرفی مرکز به مراجع
- برنامه‌ریزی پیش‌از پذیرش و ترخیص
- ارزیابی روانی-اجتماعی و فراهم آوردن اطلاعات اولیه و تکمیل فرم‌های اولیه
- استفاده از اطلاعات جهت طراحی برنامه مراقبت
- مشارکت با سایر اعضای تیم مراقبت در برنامه‌های مراقبتی
- مشاوره به مراجعان و خانواده‌های آنان
- برقراری ارتباط با منابع اجتماعی و ایجاد ارتباط بین مراجعان و منابع
- دفاع از حقوق مراجعان
- اطمینان از تامین نیازهای عاطفی و اجتماعی تمامی مراجعان
- تشویق مراجعان به برقراری رابطه و تعاملات اجتماعی
- تلاش جهت افزایش استقلال مراجعان

مددکار اجتماعی باید با نشان دادن پذیرش، همدلی و اطمینان خاطر دادن کلامی، هرچه سریع‌تر با مراجع رابطه برقرار کند.^۱ او باید احساس خوش‌بینی و امید را به مراجع القا کند و او را از شایستگی خود در زمینه کمک به حل بحران مطمئن سازد. مددکار اجتماعی باید در اجرای کمک‌ها فعال باشد و تصمیم‌گیری کند. «تشویق مراجع به برون‌ریزی احساسات دردناک» با هدف کمک به او در خصوص آرام‌تر شدن، سبب خواهد شد که مراجع بر احساسات خود مسلط شود و بهتر بتواند بر چالش‌های موجود تمرکز کند. در برخی اقدامات می‌تواند به برقراری ارتباط با مراجع کمک کند که یکی از آنها معرفی مرکز به مراجع است. این موضوع همزمان با تحویل دارایی‌ها و اموال مراجع و مستندسازی آنها توسط مربی خانه‌ی سلامت است.

مددکار اجتماعی در معرفی مرکز باید برخی نکات را رعایت کند:

- آگاهی از امکانات مرکز و برنامه‌ها و خدمات پیشنهادی موجود در آن
- حفظ ارتباط با تمامی منابع ارجاعی: تمامی منابعی که برای شما مراجع ارجاع می‌دهند را درباره اطلاعات به روز و امکانات مرکز، آگاه نگاه دارید. برقراری ارتباط و شبکه ارتباطی با سایر مددکاران سایر مراکز مشابه که امکان ارجاع به مرکز شما را دارند از اهمیت بالایی برخوردار است.
- استفاده از روش‌های مختلف جهت معرفی مرکز در رسانه و عموم مردم
- تلاش جهت افزایش جاذبه مرکز: در صورتی که مرکز بالاترین کیفیت را داشته باشد اما جاذبه‌ای جهت اقامت مراجعان ایجاد نکند نمی‌تواند گزینه مناسبی برای انتخاب شدن توسط مراجعان باشد.

۱. جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص روابط حرفه‌ای و حسنه با مراجع به پیوست شماره ۱ مراجعه کنید.

توضیحاتی درباره مرکز، می‌تواند در برقراری ارتباط میان مراجع و مددکار مفید باشد. استفاده از بروشورها و عکسهایی که معرف خدمات و امکانات موجود در مرکز باشد نیز برای این جلسه مناسب است. در جلسه معرفی، اطلاعات ذیل ارائه شوند:

- سطح امکانات شامل اطلاعات درباره خدماتی که در مرکز وجود دارد یا ندارد.
- توضیح درباره واحدها و بخش‌های مرکز
- شرایط ملاقات مددجو با افراد خانواده
- توضیح شیوه‌ی استفاده سرویس‌ها و امکانات موجود در خانه (تلویزیون، تلفن و ...)
- خدمات اضافی در مرکز (نظیر خدمات توانبخشی، پزشکی، آرایشی، بهداشتی و ...)
- قوانین مربوط به دارایی‌های شخصی افراد
- توضیح مراحل پذیرش، ترخیص، حضور در مرکز و خروج از آن و ورود به جامعه

۵.۳.۳. توضیح شرایط و مقررات اسکان در خانه‌ی سلامت به مراجع

یکی از مهمترین اقداماتی که لازم است توسط تمام اعضای خانه‌ی سلامت به صورت جدی دنبال شود، تقویت پایبندی مراجعان به ساختارها و هنجارهای اجتماعی است. این مهم ابتدا از پایبندی مراجعان به شرایط اسکان در مرکز شروع می‌شود، قوانین و مقرراتی که به مراجعان توضیح داده می‌شود، با نصب آن در مرکز به آنها یادآوری می‌شود و در صورت سرپیچی با محرومیت‌هایی هم مواجه می‌شوند.

مددکار اجتماعی با کمک مدیر و مربیان خانه می‌بایست قوانین و شرایط اسکان در خانه را به اطلاع مراجع برساند. مددکار در توضیح قوانین باید به خیر و منفعت همگانی رعایت قوانین اشاره کند. مددکار باید ضمن نشان دادن نسخه دیواری قوانین و یا نسخه‌ی چاپی به صورتی همدلانه و توأم با آرامش آنها را توضیح دهد و اشاره کند که اینجا خانه‌ای است که همه ما در آن تمرین می‌کنیم در کنار هم و ضمن رعایت احترام و حقوق متقابل شیوه‌های زندگی قانون‌مدار و سالم را تمرین کنیم.

به این ترتیب برخی از قوانین به شرح زیر باید به مراجع توضیح داده شود. در این رابطه می‌توان به خط قرمزها، قوانین مربوط به نظافت، انجام امور روزمره و... اشاره داشت.

مقرراتی که به محرومیت از تفریح و اوقات فراغت ختم می‌شود	خطر مزه‌هایی که به طرح موضوع در تیم تخصصی و کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی ختم می‌شود
- بی احترامی به مدیریت و پرسنل خانه - توهین، تمسخر و فحاشی به سایر مراجعان - قرض گرفتن پول از کادر خانه - هدر دادن منابع و سرمایه (مواد غذایی و ...) - انجام اموری که باعث ایجاد سر و صدا یا مزاحمت برای سایرین می‌شود. - دور ریختن یا اسراف مواد غذایی، آسیب زدن به ساختمان یا وسایل و ...	- مصرف سیگار، الکل و هر نوع ماده‌ی مخدر، محرک و یا توهم‌زا - قلدری، درگیری و خشونت فیزیکی - بیرون ماندن در ساعات شب - ترک خانه بدون اطلاع - خریب عمدی اموال خانه
مددکار اجتماعی می‌بایست بر رعایت مقررات مراجع، نظارت داشته باشد: - ساعات ورود و خروج از مرکز - ساعت خواب و بیداری (ساعات خاموشی شب و حداکثر ساعت بیدار شدن در صبح‌ها) - نحوه‌ی مشارکت در نظافت خانه (شست‌وشوی البسه و ظروف، استفاده از جاکفشی، کمد و ...) - نحوه و ساعات استفاده از تلفن، وسایل برقی در خانه و ...	
نکته: تمامی مقررات و پیامدهای آن به صورت واضح، قابل فهم و به زبان ساده باید در روahروها و سایر اماکن قابل رؤیت باید نصب شود. نکته ۲: در اجرای پیامدها و یا جریمه و محرومیت‌ها باید جدی بود و هیچ‌گونه ارفاقی نباید قائل شد. بعد از اتمام جریمه باید رابطه با مراجع به حالت کاملاً عادی باز گردد	
از آنجایی که حضور در خانه نیازمند فعالیت و سهیم شدن در امور مربوط به خانه است مددکار اجتماعی لازم است تاکید مضاعفی بر این امر داشته باشد. در این رابطه برخی قوانین باید با مراجع بررسی شود.	

قوانین مربوط به مشارکت فعال مراجع در امور خانه

خانهای سلامت محلی برای یک زندگی عاری از خشونت و توأم با نشاط و تلاش است. در این رابطه مرجعان باید در کنار پرسنل مرکز تمام تلاش خود را صرف همکاری برای رسیدن به اهداف مرکز داشته باشند. در این رابطه پایبندی به قوانین خانهای سلامت بسیار اهمیت دارد و باید به اطلاع مراجع برسد. به این ترتیب مراجع باید به قوانین زیر پایبند باشد:

- مراجع باید وظایف مربوط به کمیته‌ای که در آن عضو است را برعهده بگیرد. این کمیته‌ها شامل نظافت محیط فیزیکی مرکز، تهیه غذا و آشپزی، امورات مربوط رسیدگی به فضای سبز مرکز، نظافت ملاقه‌ها و... است.
- مراجع باید در جلسات آموزشی، توجیهی و... که در مرکز ترتیب داده می‌شود حتما شرکت کند.
- مراجع باید در ملاقات‌ها و مرخصی‌ها نهایت همکاری و صداقت را با پرسنل مرکز داشته باشد.
- نظم خانه از جمله مواردی است که مراجع باید بدان پایبند باشد.
- مراجع موظف است در اسرع وقت مواردی همچون خودزنی، مصرف مواد و... به اطلاع مددکار و مدیریت مرکز برساند.

۵.۴. مرحله‌ی ارزیابی جامع وضعیت مراجع

در این مرحله مددکار اجتماعی می‌بایست به گردآوری اطلاعات و ارزیابی وضعیت مراجع در رابطه با نظام‌های پیرامونی بپردازد. همانگونه که در بخش نظری اشاره شد، ارزیابی‌های مددکار اجتماعی از چند منطق نظری پیروی می‌کند که شامل نظریه سیستم‌ها، نظریه مداخله در بحران و رویکرد مبتنی بر نقاط قوت است. به این ترتیب به عنوان مددکار اجتماعی باید بتوانید ضمن نشان دادن پذیرش، همدلی و اطمینان خاطر دادن کلامی با مراجع رابطه برقرار کنید و وارد مرحله ارزیابی شوید. در این رابطه باید به ترتیب زیر اقدام کنید. لازم به ذکر است این ارزیابی‌ها نیازی نیست در یک جلسه انجام گیرد بلکه با توجه به شرایط عاطفی و روانشناختی مراجع می‌تواند در چند جلسه صورت پذیرد.

سارا، دختر ۱۵ ساله‌ای است که تا چند روز دیگر به مرکز شما می‌آید و وظیفه شما در این مرحله، مصاحبه و تکمیل ارزیابی‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی او است. در پرونده او گزارش‌هایی مبنی بر رفتار خصمانه و ناسازگار در مدرسه و مرکز قبلی اقامتی او (شبانه‌روزی بهزیستی) وجود دارد. او تا به حال بارها نزد خویشاوندانش سپرده شده اما به علت ناسازگاری مجدد از منزل خارج شده است. با توجه به اطلاعات محدودی که از او و تجارب زندگی‌اش در اختیار است، برای چند لحظه تامل کرده و به سوالات زیر پاسخ دهید:

- ۱- اگر مددکار سارا شوید انتظار دارید چه رفتارهایی از او سر بزنند؟
 - ۲- اگر مددکار سارا شوید وقتی می‌خواهید او را پذیرش کنید به چه نکاتی توجه می‌کنید؟
- با توجه به اطلاعات محدود، بسیار سخت خواهد بود که حدس زده شود سارا چه رفتارهایی را از خود بروز خواهد داد. اما با توجه به تاثیر تجارب فلاکت بار و دردناک -چه از روی عمد و چه غیرعمد- می‌توان انتظار داشت که سارا در قبال افراد به خصوص غریبه‌ها چه واکنش‌های اجتنابی نشان می‌دهد. سارا ممکن است فردی کاملاً سازگار بوده اما با توجه به مشکلات و حوادث زندگی که از قبل با آن‌ها روبرو شده رفتارهای زیر را بروز دهد:

■ سکوت و کناره‌گیری

■ بدگمان و مشکل در برقراری ارتباط

■ ارائه اطلاعات نادرست و گمراه کننده

■ صحبت با لحن کنایه و طعنه دار

■ عصبانیت

از طرف دیگر سارا می‌تواند به نحوی ارتباط برقرار کند که نشان دهنده موارد زیر باشد:

■ نگران

■ ترسیده

■ صدمه دیده

■ دارای استرس

■ دلسرد

■ عزت نفس صدمه دیده

۱.۴.۵. ارزیابی احساس امنیت مراجع

اگر با مراجعی مواجه شدید که احساس می‌کنید اضطراب دارد، می‌توانید با پرسیدن برخی سوالات وضعیت او را آرام کرده و ضمن بازخورد درک وضعیت او، می‌توانید اطلاعات بسیار مهمی بدست آورید. بیشتر سوالات و مکالمه‌ای که انجام می‌گیرد، به مراجع کمک می‌کند که ارتباط و حس اعتماد بهتری با مددکار داشته باشد. به طور مثال سوال‌هایی نظیر آنچه در ادامه آورده می‌شود برای کسب اطلاع در کمک‌رسانی به

مراجع به شما کمک خواهد کرد:

- آیا الان احساس امنیت می کنید؟
- چه چیزهایی باعث می شود حس امنیت داشته باشید؟ (افرادی خاص، اشیا، ...)
- در حال حاضر چگونه و با چه اقداماتی می توانم به شما احساس امنیت بدهم؟
- چه چیزهایی شما را عصبانی می کنند؟ (صدای بلند، تکلیف مدرسه، استرس، ...)
- آیا اخیراً مشکلاتی در خواب یا اشتها داشته اید؟
- آیا اخیراً رفتارهای اجتنابی نظیر ترس از مکان یا خاطره خاصی که منجر به آشفتگی شما شود، داشته اید؟
- معمولاً برای مقابله و رفع ترس هایتان چه اقداماتی انجام می دهید؟
- وقتی احساس عدم امنیت می کنید برای رفع آن چه افکاری سراغ شما می آید؟

۵.۴.۲. بررسی اطلاعات فردی، دموگرافیک و پایه‌ی مراجع

در ارزیابی مراجعان باید اطلاعات دموگرافیک آنها با بررسی و در پرونده ثبت شود. منظور از اطلاعات دموگرافیک همان گونه در فرم پذیرش مراجع ملاحظه می کنید، موارد زیر است:

- نام و نام خانوادگی
- سن
- میزان تحصیلات
- تابعیت و محل تولد
- محل سکونت خانواده و بستگان
- تاریخچه‌ی بیماری‌های جسمی و روانپزشکی
- اعضای خانواده و اطلاعات مربوط به هر کدام
- دیگران مهم در زندگی مراجع
- دلیل مراجعه به مرکز مداخله یا خانه‌ی سلامت
- نحوه‌ی مراجعه به مرکز مداخله یا خانه‌ی سلامت
- خدمات دریافتی مشابه در گذشته
- زمان و دلیل ترک منزل
- مهمترین درخواست مراجع در حال حاضر
- سابقه‌ی مصرف مواد، الکل و روابط پرخطر جنسی

۵.۴.۳. بررسی آثار، وضعیت خشونت دیدگی مراجع و پیامدهای آن: تهیه نیمرخ تروما

درصد بالایی از مراجعان خانه‌های سلامت به دلیل خشونت در خانواده و یا به دلیل غفلت ناشی از فقدان خانواده‌ی موثر به مرکز مراجعه می‌کنند. در این رابطه مددکار اجتماعی می‌بایست تمام آثار و علائم خشونت بر بدن مراجع را توسط پزشکی قانونی تایید شده است، در پرونده ثبت کند.

دسترسی به اطلاعات مرتبط با تاریخچه و مشخصات تروما یا آسیبی که متوجه مراجع بوده، می‌تواند به اعضای تیم تخصصی کمک کند تا برای درک و رفع رفتارهای آسیب‌زای کنونی مراجع به درک عمیق‌تری برسند. این پروفایل طبق فرم ارزیابی نیمرخ تروما، باید در مدت ۶ الی ۸ هفته به اتفاق روانشناس و مددکار تنظیم شود و هر دو به همراه اعضای تیم هر سه ماه (در صورت نیاز، بیشتر یا کمتر) به مرور و بررسی آن بپردازند تا بتوانند رفتارهای در حال تغییر و نیازمند تغییر را شناسایی کنند.

خشونت جسمی و جنسی علیه دختران

در این رابطه باید نوع خشونت و آثار آن کاملاً ذکر گردد. در این میان خشونت جنسی و جسمی بسیار حائز اهمیت هستند. در ادامه مهمترین انواع این خشونت‌ها و آثار آنها مورد اشاره قرار می‌گیرد:

- خشونت جسمی

خشونت جسمی، اعمال غیر تصادفی جراحات جسمانی از جمله ضربه لگد، گاز گرفتن، سوزاندن، تکان دادن یا دیگر صدمات به فرد است. این نوع خشونت ممکن است ناشی از رویدادهای یک یا چندباره باشد. خشونت جسمی شامل اقدامات زیر است:

- آثار جراحی، شکستگی‌های استخوان و کبودی‌های عجیب اطراف چشم
- صدمه دیدگی سر
- کبودی‌های اطراف چشم
- آثار کبودی بر پوست صدمات نقاط مختلف بدن (باسن، ران، اندام جنسی، گردن، گونه و گوش)
- آثار سوختگی موضعی (برای مثال جای سوختگی نوک یک شی آهنی یا سیگار)
- علائم سوختگی ناشی از غوطه ور کردن در آب داغ
- جای گاز
- جراحی زبان
- شکستن یا جابه‌جایی دندان‌ها
- شکستگی استخوان صورت و فک
- جای سوختگی با سیگار و میله و...
- جای زخم در اطراف دهان (که ممکن است نشانگر استفاده از دهان‌بند باشند).

خشونت جنسی

خشونت جنسی شامل رفتارهایی است که به طور مستقیم بر یک فرد اعمال شده و یا در حضور او انجام می شود از جمله:

- نوازش، تماس یا لمس اندام های جنسی
- تحریک اندام های جنسی
- آمیزش، تحریک، رابطه جنسی اجباری، رابطه دهانی یا هم جنس بازی
- **قرار دادن فرد در معرض مطالب جنسی به اشکال مختلف:** نشان دادن اندام های جنسی، وادار کردن به مشاهده اعمال جنسی، نشان دادن مطالب هرزه نگاری (پورنوگرافی)، گفتن لطیفه های نامناسب.
- تجاوز به حریم خصوصی نظیر وادار کردن کودک به در آوردن لباس هایش و تماشای او در اتاقش
- بهره کشی جنسی
- وسوسه به دیدن سایت های هرزه نگاری و مطالبی از این دست در اینترنت
- اغوا به روابط جنسی اینترنتی
- قرار دادن در معرض فیلم ها یا مجلات با محتوای هرزه نگارانه
- استفاده از فرد در تولید هرزه نگاری (جلن، ۲۰۰۱: ۶۲۳).

آثار خشونت جنسی می تواند به اشکال زیر باشد:

- دشواری در راه رفتن و نشستن
 - جراحات اندام جنسی (مقعد و مهبل)
 - درد در اندام تناسلی، ترشحات جنسی و زخم
 - بیماری های مقاربتی
 - حاملگی
- به این ترتیب ضروری است در همان بدو ورود، وضعیت خشونت دختران بررسی شود. اگر مواردی دال بر خشونت جسمی و جنسی علیه مراجع مشاهده می شود، سریعاً ثبت و اقدامات مربوط به بررسی دقیق تر به پزشکی قانونی واگذار شود. ثبت علائم برای نمونه عکس گرفتن از محل آسیب دیده به دلیل احتمال محو شدن آثار ضروری است.

۴.۵. تعرض از جانب اعضای خانواده یا دیگران

همان گونه که اشاره شد بغرنج ترین انواع خشونت، خشونت جنسی است که معمولاً از جانب خانواده و بستگان صورت می گیرد و انواع مختلفی دارد که در یک طیف از لمس کردن تا عمل دخول جنسی را در بر می گیرد. تعرض جنسی^۱ از جمله عواملی است که امکان زندگی مراجع را در خانواده ناممکن می سازد و از جمله حادترین وضعیت های

۱. sexual assault

است که مراجع را نیازمند اسکان و مراقبت بیرون از خانواده می‌کند. به هر تقدیر در صورت پذیرش چنین مراجعانی اقداماتی لازم است از جانب تیم مراقبت در خانه‌های سلامت در دستور کار قرار گیرد. قبل از مصاحبه لازم مجدداً یادآوری شود مهمترین اقدام که جنبه‌ی درمانی نیز دارد، ایجاد احساس امنیت و اعتماد برای مراجع است. وضعیتی که اطمینان خاطر پیدا کند که در امنیت و مصونیت کامل است و به هیچ وجه در دسترس فرد مرتکب نیست. **نکته مهم** دیگر بررسی‌هایی است که از نظر پزشکی باید صورت گیرد. این موضوع توسط پزشکی قانونی صورت می‌گیرد. در صورتی که موضوع برای اولین بار در خانه‌ی سلامت مطرح می‌شود، انجام معاینات پزشکی از نظر هایمن، عفونتهای جنسی، جراحات، بارداری و... لازم است پیگیری شود.

به این ترتیب بعد از تدارک این مقدمات مهم، در ارزیابی موضوع، موارد زیر باید بررسی شود:

- دفعات تعرض،
- بازه‌ی زمانی بین اولین و آخرین تعرض،
- نسبت فرد مرتکب یا مرتکبان،
- شیوه‌ی مواجهه و رفتار فرد مرتکب بعد از انجام عمل با قربانی،
- میزان تکرار عمل تعرض،
- موقعیت‌هایی که تعارض در آن ارتکاب افتاده،
- افراد مطلع از موضوع،
- آسیب‌هایی که ناشی از تعرض متوجه قربانی شده است.
- تصویر ذهنی و خاطراتی که به همراه یادآوری موضوع برای مراجع زنده می‌شود.
- بررسی موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی اتفاق و رفتارهای مراجع قبل و بعد از آن
- نظر مراجع در خصوص انتظاراتش در رابطه با فرد مرتکب از مددکار اجتماعی

در اینجا ذکر چند نکته بسیار ضروری است:

- بسیاری از افراد نمی‌توانند در خصوص این موضوع به آسانی صحبت کنند و ممکن است به دلیل آنچه نشانگان PTSD می‌توان نامید هیچ‌گونه ارتباطی با دیگران برقرار نمی‌کنند و یا سطح ارتباط بسیار محدودی دارند. در چنین شرایطی ممکن است مراجع گنگ، بهت‌زده به نظر برسد.
- در ارتباط با این مراجعان به خاطر داشته باشید، آنها به شدت تحت تاثیر موضوع هستند و ممکن است نتوانند مصاحبه را ادامه داده و دچار هیجانات شدیدی شوند. لذا نباید آنها را مجبور به مصاحبه کرد.
- ایجاد یک رابطه‌ی مبتنی بر اعتماد و امنیت، در خصوص این مراجعان بسیار احساس می‌شود و مددکار لازم است به این مهم توجه داشته باشد.
- در موارد زیادی می‌توان از شیوه‌های غیر از مصاحبه برای دریافت اطلاعات استفاده کرد، برای نمونه استفاده از خاطره‌نگاری، نقاشی و... می‌تواند مفید باشد.
- بهتر است تا زمانی که مراجع آمادگی ندارد، در خصوص جزئیات ارتباط بحث نشود.
- به یاد داشته باشید، سوالات شما نباید به دنبال رفع کنکاوی شما باشد.

■ در مصاحبه‌ها نباید به مراجع احساس شرم، سرزنش و گناه منتقل کنید. در این راستا به هیچ نباید از واژگان و سوالات سوگیرانه و سرزنشگر همچون «شما چرا فرار نکردید؟»، «چرا دیر اقدام کردید؟»، «واقعاً نمی‌دانستی این چه عملی است؟»، «فکر نمی‌کنی شما هم تا حدی مقصر بودی؟» و... استفاده کرد.

■ در مورد فرد مرتکب نیز نباید از واژگان نامناسب و فحاشی و... استفاده کنید. سعی کنید به جای استفاده از واژگان مبتنی بر ارزش‌ها و باورهای خود از توصیف موقعیت‌ها بهره بگیرید. برای نمونه به جای واژه‌ی «عمل شنیع» از «ارتباط جنسی» استفاده کنید.

■ به مراجع خاطر نشان شود تمام آنچه در این جلسات مطرح می‌شود، کاملاً محرمانه است و هیچ کسی مگر درمانگر او که روانشناس و یا روانپزشک باشند، به آن دسترسی ندارد.

■ در ارزیابی بهتر است از روانشناس مرکز کمک بگیرید.

به هر روی بسته به شدت و نوع مساله و نیز وضعیت هیجانی، روانی و عاطفی مراجع اقداماتی لازم است که در ادامه به آنها اشاره می‌شود. **برخی از مهمترین آنها:**

■ انجام پیگیریهای انتظامی و حقوقی در خصوص موضوع به اتفاق یک مشاور حقوقی مجرب همانند موضوعات مربوط به شکایت از مرتکب، جمع‌آوری اسناد و شواهد در خصوص موضوع و دیدار با شاهدان و افراد مطلع و ایجاد هماهنگی با آنها، بررسی موضوع حضانت و نگهداری بعد از خروج از مرکز و...

■ تدارک خدمات بیرون از مرکز همانند دسترسی به خدمات روانپزشکی، حقوقی و...

■ ممانعت از دیدار آسیب‌زای قربانی و مرتکب با مشورت روانشناس مرکز

■ پیگیری درمان مشکلات جسمی و جنسی و روانپزشکی مراجع

■ کمک به طراحی برنامه‌ی امنیت برای مراجع همانند آنچه در ادامه توضیح داده می‌شود.

■ آموزش مراقبت از خود به مراجع در قالب ایفای نقش و... مثلاً چگونه خود را در موقعیت خطر قرار ندهد، مرتکب را با رفتارهایش تحریک نکند، چگونه از موقعیت فرار کند و...

۵.۴.۵. ارزیابی پیامد تروماهای وارده

یکی از ابعادی که معمولاً از نظر مددکاران اجتماعی مغفول می‌ماند، پرداختن به پیامدها و اثرات آسیب‌های ایجادشده در کنار اقداماتی است که عامل ایجادکننده‌ی آسیب را هدف می‌گیرد. به این ترتیب مددکاران اجتماعی همزمان که برای رفع آزارها و ناملایمتهای تلاش می‌کنند لازم است زمینه را جهت کاهش آثار و پیامدهای بحرانهای ایجاد شده فراهم سازند. این مهم نیازمند بررسی دقیق بحران و آثار آن است.

پس از ارزیابی، مددکار اجتماعی نتیجه‌گیری‌های خود را (هرچه محتاطانه‌تر) در زمینه علت بحران و معنی واکنش‌های مراجع با او در میان می‌گذارد. او با این کار سبب عادی‌سازی نسبی شرایط می‌شود و به مراجع کمک می‌کند که برخلاف راهبردهای اجتنابی اولیه، فعالانه در حل مشکل درگیر شود.

پیامدهای اصلی خشونت و زندگی در شرایط آسیب‌زا

آزار و بی‌توجهی و خشونت، پیامدهای بلندمدت و کوتاه مدتی را به همراه دارد. این پیامدها بواسطه‌ی نشانه‌های متعددی بروز پیدا می‌کنند. نشانه‌ها و عواقب خشونت را می‌توان از سه چشم‌انداز دسته‌بندی کرد: (الف) نوع تجربه‌ی آزار (آزار جنسی، جسمی، بی‌توجهی و غفلت، یا آزار عاطفی)؛ (ب) سن مراجع در زمان مداخله و (ج) رفتارهای ناهنجار عمده‌ای که از مراجع سر می‌زند (عصبی، جسمی، عاطفی و شناختی). در مورد آزارهای جنسی گستره‌ی آسیب وارده می‌تواند شامل اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD)، افسردگی، بی‌بند و باری جنسی، تکرار چرخه قربانی-مرتکب و ضعف تحصیلی باشد. در مواردی که فرد مورد آزار جسمی قرار گرفته‌اند ممکن است از اختلالات شخصیتی رنج ببرند، پرخاشگر شوند، مشکلات سلامتی داشته باشند و نتوانند مهارت‌های تحصیلی مناسبی را در خود پرورش دهند. آزارهای عاطفی و روانی نیز می‌تواند مسائل بغرنج شناختی و آموزشی مثل رفتارهای مخرب، ناتوانی در عکس‌العمل مناسب را به دنبال داشته باشد. نمونه‌هایی از پیامدهای اجتماعی و رفتاری آزار عاطفی، اطاعت کامل از دیگران و رفتارهای مخرب است و پیامدهای جسمانی و سلامتی آن بیش‌فعالی یا اضطراب بیش از حد؛ مشکلات بین فردی و اختلال در سلامت روانی از جمله عزت نفس پایین و اختلالات خلقی است.

نکته: در صورتی که تصویربرداری از محل آسیب‌دیدگی به دلیل ملاحظات اخلاقی و اجتماعی امکان‌پذیر نیست و پزشکی قانونی به هر دلیلی -همانند تعطیلات آخر هفته- در دسترس نیست، می‌توانید از پزشک مرتبط مانند پزشک ارتوپد یا پزشک زنان کمک بگیرید.

نکته: کادر زیر جهت مطالعه ارائه شده است و تنها در موارد استثنا لازم است توسط مددکار اجتماعی مورد پیگیری قرار گیرد. در نظر داشته باشید با توجه به اینکه مراجعی خانه سلامت از مرکز مداخله در بحران پذیرش می‌شود این اقدامات شامل شرح وظیفه مددکار اجتماعی خانه سلامت نیست، مگر در مواردی که مراجع خیلی سریع از مرکز مداخله به خانه سلامت ارجاع داده شود و یا در مصاحبه‌های بعدی که در اثر ارتباط حرفه‌ای بین مددکار و مراجع در خانه سلامت ایجاد می‌شود مراجع به آزارهای خود اشاره کند. در این صورت مددکار اجتماعی سریعاً نسبت به ثبت گفته‌های مراجع اقدام می‌کند.

۵.۴.۶. ارزیابی امنیت و خطر

یکی از اقدامات مهم مددکاران اجتماعی در همان بدو ارزیابی مراجعان، بررسی و ارزیابی مراجع است. هدف از «بررسی» تعیین این مسئله است که آیا آزار و اذیت رخ داده است. مقصود از «ارزیابی» این است که امنیت و خطر مراجع سنجیده شود (اقتباس از مک‌لنن، ۱۳۹۶). اگر در بررسی‌ها شواهدی دال بر آزار وجود نداشته باشد، مددکار

۱. رفتارهای نابه سامان یا آشفته، تجربه‌ی مجدد رویداد آسیب‌زا، اجتناب همیشگی از محرک‌های مربوط به آسیب، افزایش انگیختگی، که به مدت بیش از یک ماه طول می‌کشد و موجب ایجاد آشفتگی در زمینه‌های مختلف نقشی می‌شود.

اجتماعی پرونده را می‌بندد و اتهام «بی‌پایه»^۱ یا «نامعرف»^۲ تلقی می‌گردد. «بی‌پایه» یعنی این که هیچ‌گونه آزار یا بی‌توجهی مشهود نبوده است. «نامعرف» یعنی خانواده نیازمند کمک است اما نه در زمینه‌ی مسائل مربوط به کودک‌آزاری. برای موارد «نامعرف» مددکار اجتماعی، برای تامین نیازهای خانواده‌ها را به خدمات مناسب ارجاع می‌دهد (دوپان فیلیس و سالوس، ۲۰۰۳ به نقل از مک‌لنن، ۱۳۹۶). لازم به ذکر است احتمال چنین مواردی بسیار نادر است اما با این وجود ممکن است به دلیل ارزیابی عجولانه در خصوص برخی مراجعان، چنین نتایجی ملاحظه شود. اما اگر در بررسی‌ها شواهدی مشهود باشد که به دلیل آزار، غفلت و یا نبود شبکه‌ی حمایتی موثر مراجع را در معرض مخاطرات جدی قرار دهد، مشهود باشد، مددکار اجتماعی ارزیابی را ادامه خواهد داد. در ارزیابی اولیه دو جنبه در نظر گرفته می‌شود «امنیت»^۳ که به احتمال خطر در زمان حال اشاره دارد و خطر^۳ که به مخاطرات در آینده مربوط می‌شود. مددکار اجتماعی می‌تواند برای به دست آوردن اطلاعات دقیق‌تر از سایر منابع اطلاعاتی کمک بگیرد. او می‌تواند این کار را به زمانی دیگر و در جریان تحقیقات محلی، بازدید منزل و تماس با خانواده و اطرافیان موکول کند. ممکن است علاوه بر اعضای بلافصل خانواده، سایر اعضای خانواده‌ی گسترده‌ی کودک نیز در کار دخالت داده شوند. اطلاعات مورد نیاز از همسایه‌ها، خویشاوندان، مدارس، متخصصان مراقبت بهداشتی سایر افراد جمع‌آوری می‌شوند.

بخش دوم ارزیابی به برآورد خطر در آینده اشاره دارد. مددکار اجتماعی باید احتمال خطر بازگشت مراجع به کانون خانواده را بررسی کند. منظور از برآورد خطر بررسی موارد زیر است:

- آیا احتمال تکرار خشونت و غفلت وجود دارد؟
- آیا آمیدی به تغییر در وضعیت فعلی خانواده وجود دارد؟
- آیا مشکلات ناشی از ناآگاهی هستند و یا ریشه‌ای تراز آن هستند که بتوان با آموزش و مشاوره به رفع آن امیدوار بود؟
- چه میزان مخاطرات در کانون خانواده متوجه مراجع است؟
- مواجهه خانواده با حضور مراجع در خانه سلامت چگونه خواهد بود؟
- آیا خانواده در مقابل دستورات دادگاه، سازمان بهزیستی و سایر مراجع رسمی تغییر رویه خواهند داد یا نه؟
- آیا می‌توان با حمایت از خانواده به تغییر وضعیت موجود امیدوار بود؟

■ فاکتورهای مخاطره‌آمیز همچون اعتیاد، روابط ناسالم خانوادگی و... در آینده تشدید می‌شوند و یا تضعیف؟

انتظار می‌رود مددکار اجتماعی با استفاده از سوالات فوق بتواند میزان خطر بازگشت مراجع به خانواده را بررسی کند. منبع اصلی و دست‌اول دستیابی به اطلاعات فوق، مراجع است. علاوه بر این همانگونه که اشاره شد همسایگان، بستگان و... نیز می‌توانند منابع اطلاعاتی مفیدی باشند.

۱. unsubstantiated

۲. safety

۳. risk

ملاحظات مربوط به مصاحبه با دختران کم سن و سال

- **مصاحبه‌ی اکتشافی^۱** عموماً ماهیتی قانونی دارد و برای فرایند دادرسی انجام می‌شوند (فالرای، ۲۰۰۷). همچنین این مصاحبه به هر کدام از کارشناسان امکان می‌دهد تا یک داستان را همزمان بشنوند و بدین ترتیب نیازی به سوال مجدد نداشته باشند. این مصاحبه ساختارمند است و معمولاً تنها یک بار اتفاق می‌افتد.
- مصاحبه‌گر باید بی‌طرف و حساس باشد و در نزدیک شدن به مراجع به اجبار متوسل نشود.
- یکی از الزام‌های اساسی برای اجرای این مصاحبه‌ها شناخت و درک رشد مغزی مراجع کودک و نوجوان، رشد شناختی و حافظه و فرآیند به خاطر سپردن است. این سه جنبه از شناخت می‌تواند به طور موقت و یا حتی دائمی در اثر آزار و بی‌توجهی صدمه ببینند.
- ابتدا مصاحبه‌کننده با ایجاد محیطی دوستانه ارتباط برقرار می‌کند؛ محیط سرشار از نشانه‌های شفاهی و غیرشفاهی که به مراجع نوجوان احساس آرامش و راحتی می‌دهد.
- مصاحبه با استفاده از جمله‌های باز پاسخ و بی‌طرفانه آغاز می‌شود، تا ظرفیت شناختی و مهارت‌های زبانی کودک محک زده‌شود.
- سپس مصاحبه‌کننده بر آزار و اذیت متمرکز می‌شود، اما باز هم از سوالات باز پاسخ (روایت آزاد) استفاده می‌کند.
- سپس سوالات خاص‌تر و دقیق‌تری پرسیده می‌شوند. نتیجه‌ی مصاحبه مهم است، زیرا در مراجع حس خاصی ایجاد می‌کند. در این جا مصاحبه‌کننده از مراجع به خاطر در اختیار گذاشتن اطلاعات و وقت خود تشکر می‌کند.
- سوالات مناسب برای مصاحبه با مراجعان نوجوان که احتمالاً قربانی آزار و اذیت شده‌اند، سوالات باز پاسخ مانند «تعریف کن که چه اتفاقی افتاد؟» و سوالات متمرکز نظیر «چه کسی، چه چیزی، کجا، کی، و چرا» هستند.
- اما سوالاتی که مناسب نیستند، سوالات خاصی هستند که نیازمند پاسخ‌های کوتاه (بله یا خیر) و سوالات گزینه‌ای هستند. سوالات ایجابی مانند «آیا این درست نیست که...» نیز از سوالات نامناسب در مصاحبه به شمار می‌رود. این نوع سوالات معمولاً به مراجع القا می‌کند که مصاحبه‌کننده پاسخ خاصی را مدنظر دارد.
- مددکار هیچ نظری که مراجع را به تایید گفته‌های دیگران و یا اطاعت از افراد مسئول تشویق کند، ارائه نمی‌دهد. او به سمتی سوق داده نمی‌شود که سوالات خاصی را درست یا نادرست بپندارد.
- باید از واژگان متناسب با فهم و سن مراجع برای توصیف اندام‌های بدن و فعالیت‌ها استفاده شود. قرار نیست واژگان دیگری معرفی شوند. نباید از تشویق برای پاسخ‌های مناسب و یا نامناسب استفاده کرد. پذیرش مراجع باید غیر مشروط باشد.
- تعیین صحت گفته‌های مراجع نوجوان نیازمند ارزیابی شواهد جسمانی، کلامی و رفتاری خاصی است.
- در شرایط ایده‌آل زمانی که مصاحبه‌های اکتشافی کامل شوند، اعضای تیم مسئولیت‌های فردی خود را انجام می‌دهند و با هم همکاری می‌کنند.

۵.۴.۷. ارزیابی وضعیت خانواده

مددکار اجتماعی لازم است در خصوص خانواده و شبکه‌های ارتباطی خانواده اطلاعات جامعی را گردآوری کند. در این رابطه همانگونه که در فرم ارزیابی وضعیت خانواده و شبکه‌های حمایتی مراجع، ملاحظه می‌کنید، اطلاعات گردآوری شده چند جنبه اصلی را پوشش می‌دهند:

- منابع مالی و آورده‌های خانواده
- عمده مشکلات خانواده
- پایگاه اجتماعی و شبکه‌های حمایتی خانواده
- وضعیت ارتباطات درون خانوادگی
- هرم و سلسله مراتب قدرت در خانواده
- وضعیت فرهنگی خانواده
- تجربه چالش‌های خانوادگی مشابه
- سامانه‌های مرتبط با خانواده
- چالش‌ها و آسیب‌های عمده‌ی خانواده
- وضعیت سرپرستی و مراقبت در خانواده
- شکایت اصلی مراجع از خانواده

مددکار اجتماعی در این بخش باید بتواند دو گروه را در خانواده شناسایی کند:

- عضو یا اعضای که مداخلات مددکاری و روانشناختی باید بر آنها متمرکز شود.
- عضو یا اعضای که در فرایند ارائه خدمات می‌توانند با مددکار و سایر متخصصین خانه همراهی کنند.

۵.۴.۸. ارزیابی شبکه حمایتی مراجع

یکی از جنبه‌های مهم بررسی وضعیت خانوادگی به وسیله‌ی ترسیم بوم‌نقشه و ژنوگرام، شناسایی شبکه‌های حمایتی مراجع است. منظور از شبکه‌های حمایتی افراد و منابعی هستند که مراجع برای بهبود شرایط به آنها دسترسی دارد. شبکه‌های حمایتی می‌تواند رسمی، غیر رسمی و یا بالقوه باشد. به هر حال شبکه‌های حمایتی را می‌توان با سوالات زیر بررسی و ارزیابی کرد:

- آیا کسی را می‌شناسی در شرایط فعلی بتوانیم با آنها در تماس باشیم؟
- آیا در خانواده و یا اطرافیان کسی را سراغ داری که بتوان از او برای برقراری ارتباط با خانواده کمک گرفت؟
- آیا در خانواده و یا اطرافیان کسی را سراغ داری که بتواند در تامین هزینه‌های احتمالی به شما کمک کند؟
- آیا قبلاً در شرایط مشابهی کسی به شما کمک رسانده است؟
- مایل هستید موضوع مراجعه و حضور شما را با چه کسی از خانواده و یا دوستان و اطرافیان در میان بگذاریم؟

- باتوجه به اینکه حضور شما در اینجا موقت خواهد بود، بهترین و مهم‌ترین کسی که می‌تواند به شما کمک کند، کیست؟
- در صورت بروز مشکلات حاد و یا موردی همانند بیماری، حادثه و... مراتب را با چه کسی در میان بگذاریم؟
- در طول اقامت خود مایل هستی، با چه کسی در تماس باشید؟
- ملاقاتهای احتمالی شما، احتمالاً با چه کسانی است؟ و...

چنین سوالاتی افراد مهم و موثر در زندگی مراجع را می‌تواند مشخص کند. به عنوان مددکار باید بتوانید ضمن کسب رضایت مراجع در گامهای بعدی، با آنها ارتباط برقرار کنید. **این ارتباطات اهمیت فراوانی دارد:**

- در فراهم کردن شرایط برای بازگشت به خانواده
- در میانجی‌گری و حل تعارضات
- در دستیابی به اطلاعات موثق
- در بررسی وضعیت مراجع بعد از بازگشت به خانواده و...

جهت آشنایی بیشتر با کار ابزارهای ارزیابی روابط درونی خانواده و شبکه ارتباطی خانواده با سامانه‌های پیرامونی به پیوست شماره ۲ مراجعه کنید.

۹.۴.۵. ارزیابی توانمندی‌ها و نقاط قوت

طبق دیدگاه مبتنی بر توانمندی‌ها^۱ مددکاران اجتماعی تنها بر مشکلات و عوارض آن تمرکز نمی‌کنند. از آنجاکه هدف نهایی خانه‌ی سلامت دستیابی مراجعان به استقلال، خودکفایی و توانمندسازی است، شناسایی نقاط قوت و توانمندی‌ها از مهم‌ترین بخش ارزیابی مراجعان است. به این ترتیب به عنوان مددکار اجتماعی، می‌توانید در کنار ارتباطات خانوادگی و شبکه‌های حمایتی، مهم‌ترین منابع و توانمندی‌های مراجع را در قالب چند محور زیر بررسی کنید:

- توانایی‌های جسمی

■ شیوه‌های مقابله و سازگاری

■ استعداد و مهارت‌های هنری، شغلی و حرفه‌ای

■ مهارت‌های ارتباطی

■ تاب‌آوری و اعتماد به نفس

■ اعتقادات و باورهای معنوی

■ علاقمندی‌ها و امیدها

■ دانش، آگاهی و باورها

■ تلاش‌های موفقیت‌آمیز قبلی

■ تاب‌آوری در برابر مشکلات

۱. Strength perspective

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

مددکاران اجتماعی خانه‌ی سلامت برای جمع‌آوری اطلاعات از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود. در ادامه به مهمترین آنها اشاره می‌شود:

مصاحبه:

از مصاحبه به عنوان یکی از مهمترین تکنیک‌های ارتباطی باید موارد و نکات زیادی مدنظر قرار

داد:

- نباید از مفاهیم و اصطلاحات حقوقی و تخصصی که برای مراجع مفهوم نیست، استفاده کنید.
- از جایی که مراجع قرار دارد، مصاحبه را شروع کنید. منظور این است که ابتدا باید به نگرانی‌ها و مسائل مراجع توجه کنید. بی‌توجهی به این موضوع و اصرار بر اخذ اطلاعات موردنظر و نادیده گرفتن مشغولیت ذهنی و نگرانی مراجع، مانع جدی در ارتباطات با مراجع می‌شود.
- همواره از پوشش مناسب در محل کار استفاده کنید. پوشش شما نباید امکان قضاوت را به مراجعان تان بدهد.
- باید پذیرا باشید و به مراجع خود احترام بگذارید.
- با ادبیات مؤدبانه، وقت‌شناسی و حضور به موقع را به مراجع گوشزد کنید.
- با مراجع همدلی کنید و سعی کنید مسائل را از زوایه نگاه او ببینید. این مهارت پیش‌زمینه‌ای برای پرداختن به خطا و انحرافات فکری و مشکلات شناختی مراجع است.
- نباید بی‌محابا به مراجع حمله کنید و او را مورد قضاوت قرار دهید.
- به مراجع کمک کنید مساله را از زوایای دیگری بررسی کند. یکی از تکنیک‌های اثربخش در این زمینه چهارچوب‌سازی مجدد است. در این تکنیک مددکار اجتماعی با تغییر تعبیر مراجع، زاویه نگاه او را به موضوع عوض می‌کند. برای نمونه مراجعی که به کنترل شدید پدرش اعتراض می‌کند را با مفهومی همچون نگرانی و مراقبت عوض کنید. در استفاده از این تعبیر باید نهایت احتیاط را رعایت کرد چون ممکن است در صورت اشتباه در انتخاب تعبیر به مقاومت مراجع دامن بزنید.
- به جای استفاده از کلام می‌توانید از مهارت‌های غیر کلامی استفاده کنید. برای نمونه زمانی که مراجع به وقفه در حال توضیح مشکلاتش است نیازی نیست کلام او را قطع کنید. همراهی با سر تکان دادن هم می‌شود.
- از مهارت انعکاس استفاده کنید. برای همراهی مراجع می‌توانید قسمتی از گفتار او را به همان شکل به او برگردانید و یا با استفاده از کلمات دیگری همان گفته را تکرار کنید. در مواقعی می‌توانید به احساسات و عواطف مراجع اشاره کنید. این امر، همدلی شما را نیز نشان می‌دهد.
- به مراجع اطمینان خاطر دهید هر کمکی را که از دستتان برمی‌آید، در اختیارشان می‌گذارید.
- میزان آگاهی مراجع را نسبت به پیامدها و عواقب حضور در خانه‌ی سلامت محک بزنید.

در مواقعی که مراجعتان به شدت درگیر عواطف ناخوشایند است با او همدلی کنید و از تکنیک تعمیم استفاده کنید. به این ترتیب بدون این که احساس کند مشکل او را بی‌اهمیت می‌دانید، به او خاطرنشان کنید که این مشکل برای دختران دیگری نیز پیش آمده است و در موارد زیادی اقدامات اثربخشی به آنها ارائه شده است. با مراجعان وارد مشاجره و بحث‌های سیاسی و عقیدتی نشوید.

بازدید منزل

بازدید منزل از جمله ابزارهای مددکاران اجتماعی است. مددکاران اجتماعی در مواردی جهت اخذ اطلاعات داز وضعیت خانواده و یا برای بازگرداندن مراجع به خانواده، از محل سکونت خانواده بازدید به عمل می‌آورند. بررسی وضعیت نگهداری، شرایط خانوادگی، ارتباطات اعضا با هم، برری کودک‌آزاری، وضعیت مالی خانواده نفقه و... از جمله این موارد است. جهت بازدید از منزل مراجع باید برخی نکات را مدنظر داشت:

جهت رعایت شأن و کرامت انسانی مراجعان نباید با ماشین آرم‌دار، به محل زندگی آنها مراجعه کنید. در چنین شرایطی بهتر است ماشین را در محلی دورتر از محل زندگی مراجعان پارک کرده و پیاده به محل زندگی آنها مراجعه کنید.

مطمئن شوید با چه کسی در حال مصاحبه هستید. احراز هویت افراد مصاحبه‌شونده و اطرافیان مهم است. این احتمال وجود دارد افراد، صحنه‌سازی کنند و افراد دیگری را به شما معرفی کنند. مثلاً به جای فرزند خود که از سوء تغذیه و یا خشونت رنج می‌برد، کودک دیگری را در منزل به شما معرفی کنند.

باید جوانب احتیاط و امنیت را به صورت کامل رعایت کنید. اگر قرار است از بازدید منزل انجام شود و این درحالی است که یکی از اعضای خانواده به ویژه مردی یا چند مرد تنها در منزل حضور دارد، به همراه یک مددکار دیگر به بازدید منزل بپردازید.

سعی کنید از وقت خود در راستای مصاحبه استفاده کنید و وارد حواشی نشوید.

از پوشش مناسب جهت حضور در منزل مراجعان استفاده کنید.

در شرایطی که موقعیت را نا امن ارزیابی کردید، به سرعت بازدید را خاتمه دهید.

در موارد مشابه به فرد مقابل اعلام کنید که همکاران در بیرون از منزل منتظر بازگشت شماست.

در حین بازدید از آشپزخانه فاصله بگیرید. ممکن است اعضای خانواده از بررسی‌ها و سین‌جین‌های شما به تنگ آمده و از وسایل آشپزخانه همچون چاقو برای حمله به شما استفاده کنند.

سعی کنید در بازدید از صاحب منزل بخواهید صدای تلویزیون و امثالهم را کم کند. این امر به کیفیت گفتگوی شما کمک می‌کند.

اگر علائمی دال بر عصبانیت صاحب منزل مشاهده کردید -مانند دستان مشت‌کرده، بالا بردن شدید صدا و...- سریعاً محل را ترک کنید.

در حین بازدید منزل و مصاحبه به لوازم و اثاثیه منزل، چیدمان آنها، روابط خانوادگی افراد حاضر و شیوه بازخورد آنها نسبت به همدیگر توجه کنید.

با سوالات مختلف صحت و سقم گفته‌های افراد را بسنجید. بعضاً لازم است یک سوال را به چند شیوه مختلف مطرح کنید.

تحقیقات محلی

ابزار دیگری که مددکاران اجتماعی در اختیار دارند، تحقیقات محلی است. بسیاری از ادعاهایی که مراجعان مطرح می‌کنند را نمی‌توان در منزل آنها (محیط زندگی آنها) بررسی کرد. فساد اخلاقی، خشونت و نزاع خانوادگی، اعتیاد، اشتها به فسق و فجور و... مواردی است که با تحقیقات محلی می‌توان اطلاعات موثقی را در رابطه با آنها دست آورد. در انجام تحقیقات محلی به عنوان مددکار اجتماعی:

- از پوشش و ظاهر مناسب و معمول استفاده کنید.
- تا جایی که امکان دارد با آرامش و بدون ایجاد جنجال به جمع‌آوری اطلاعات بپردازید.
- باید شأن و کرامت مراجعان را حفظ کنید.
- باید بتوانید اعتماد افراد را برای پاسخگویی به سوالاتش جلب کنید.
- باید به افراد مورد مصاحبه اطمینان خاطر بخشید که اطلاعات آنها صرفاً توسط قاضی پرونده مطالعه می‌شود.
- حدالمقدور نظر افراد را همان‌جا ثبت کرده و به امضای آنها برسانید. بهتر است شماره تماس افراد اخذ کنید.
- جهت اطمینان از صحت و سقم اظهارات همسایه‌ها و افراد محلی، باید از چندین نفر نظرخواهی کنید.
- نسبت افراد مصاحبه شونده را با مراجع بپرسید.

۵.۵. مرحله‌ی برنامه‌ریزی برای اقدام

گام بعد از ارزیابی چند جانبه‌ی مراجع، اکنون زمان برنامه‌ریزی و اقدام است. در این راستا مددکار اجتماعی می‌تواند بعد از رسیدن مراجع به حد نصابی از وضعیت معمول، ثبات و آرامش نسبی، اقدام به طراحی برنامه‌ی اقدامات کند. در این راستا مهمترین اصول «خودتصمیم‌گیری» «مشارکت» مراجع خواهد بود. منظور از این دو مفهوم حضور جدی، محوری و فعال مراجع در طراحی برنامه‌ی کمکی است. در این رابطه مددکار اجتماعی لازم است:

- اهداف و انتظارات مراجع و انگیزه‌های پنهان و آشکار در رسیدن به آنها را در مراجع بررسی کند.
- امکانات و شرایط رسیدن به اهداف مراجع را بررسی کند.
- مراجع را کمک کند تا به جای غرق شدن در مشکلات و گذشته بر ایجاد راه‌حل تمرکز کند (نگاه کنید به توصیه‌های نظری راه حل محور).
- مراجع را به عنوان یک شخص متخصص در خصوص موقعیت زندگی خودش بپذیرد. این مهم نیازمند باور به آگاهی و توانایی رسیدن به آگاهی در مراجع است.
- از تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی در انگیزش مراجع و هدف‌گزینی کمک بگیرید.
- در مواجهه با مقاومت مراجع در انتخاب اهداف و یا تمایل به تغییر، او را مورد حمله قرار ندهید و به جای آن از اصول چرخش با مقاومت استفاده کنید.

۵.۵.۱. تمرکز بر خلق راه حل در برنامه‌ریزی

در اینجا لازم است مجدداً تأکیدی بر یکی از نظریه‌های مهم که در بخش نظری مطرح شد، داشته باشیم. نظریه‌ی راه‌حل محور کوتاه مدت که در برنامه‌ریزی مداخلات و برنامه‌ی کمکی بسیار مفید خواهد بود. طبق این نظریه مددکاران اجتماعی در تلاش برای متمرکز نشدن بر جستجوی دلایل مشکلات، باید در صحبت‌هایشان از تأکید بر مشکل بپرهیزند. تأکید بر «راه‌حل‌ها در گفتگو» وسیله‌ی موثری برای مراجع است تا بر راه‌حل‌ها متمرکز شود و به گونه‌ای متفاوت به روال عادی زندگی، بیندیشد و اقدام کند. این کار مستلزم ایجاد فضایی است که در آن توانایی و امکانات برجسته شود. نکته مهم دیگر در این نظریه این است که وقوع تغییرات مهم نیازی به فهم زیربنایی مشکل ندارد، مراجع ممکن است بدون صحبت از مشکل، تصمیم بگیرد که در آینده به شیوه‌ای متفاوت عمل کند. این ایده با دیدگاه نظری سامانه یا سیستم‌ها در مددکاری اجتماعی که می‌گوید هر تغییری در یک بخش از سامانه همه‌ی بخش‌های دیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهد، همسویی دارد. بنابر نظریه راه‌حل محور مددکار نباید تصور کند که به تفکر خطی درباره‌ی مشکلات و راه‌حل‌ها محدود شده است. این دیدگاه غیر خطی با آنچه در نظریه‌ها و وشهای عمل دیگر در مددکاری مطرح است و این فرض را دارند که «بین مشکلات و راه‌حل‌ها رابطه‌ی منطقی و نظام‌مند وجود دارد و راه‌حل‌ها باید با مشکلات رابطه‌ی مستقیمی داشته باشند»، کاملاً مغایرت دارد.

یکی از راهبردهای موثر در این نظریه «جستجوی استثنائات و موفقیت‌های قبلی مراجع» و «سوالات متمرکز بر آینده» است که علاوه بر بازگرداندن اعتماد به نفس و درک توانایی‌های او، او را به شکل جدی در انتخاب راه‌حل‌ها و اقدامات مددکاری مشارکت داده و فعال می‌سازد. در این راهبردها مددکار می‌تواند با سوالاتی به بررسی استثنائات بپردازد:

- آیا اوقاتی وجود داشته که بر مشکل فائق آمده باشید یا احساس درماندگی نکرده باشید؟ چه وقت این اتفاق افتاده است؟ چه کسانی به شما کمک کرده‌اند؟ چه نقشی در موفقیت شما داشته‌اند؟
- چه کارهایی می‌توانی انجام دهی که نشانه‌های مشکل فعلی، از بین برود؟

■ شش ماه آینده را تصور کن، که همه چیز طبق مراد شما پیش‌رفته است (اگر اتفاقی در شش ماه آینده با همدیگر روبه‌رو شویم و بخواهی یک خبر خوشحال‌کننده در مورد بهتر شدن اوضاع به من بدهی). در این صورت ضمن ارائه‌ی تصویری از این موقعیت، توضیح بده که چه اقداماتی برای رسیدن به این موقعیت انجام داده‌ای؟

در نهایت انتظار می‌رود در مرحله‌ی برنامه‌ریزی برای اقدام، مراجع و مددکار اجتماعی به یک توافق در رسیدن به اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت برسند. منظور از اهداف یا به عبارتی برنامه کوتاه مدت، فعالیت‌هایی است که سریعاً و در عرض روزها و هفته‌های اول باید صورت پذیرد. اهداف میان مدت شاید تا شش ماه طول بکشد و اهداف بلند مدت بیش از شش ماه به طول می‌انجامد. آنچه در توافق مددکار و مراجع مهم است:

- رضایت مراجع در رابطه با اهداف و شیوه‌های اقدام برای رسیدن به آنها

■ توافق بر سر زمان شروع و خاتمه‌ی فعالیت

■ توافق بر سر نحوه‌ی عملی کردن اقدامات

■ توافق بر شیوه‌ی نظارت مددکار و گزارش دادن مراجع

■ توافق در خصوص سازوکار جلسات و ملاقاتها

■ توافق بر سر تامین هزینه‌ها

بارش فکری یکی از بهترین راه‌ها برای ایجاد راه‌حل و توافق بر روی آنهاست. منظور از بارش فکری یا آنچه طوفان فکری هم می‌نامند، این است که اجازه دهیم افکار و تخیل بدون مزاحمت و ارزیابی پرواز کند و بیشترین راه‌حل‌ها و گزینه‌ها را ارائه دهد تا در مراحل بعدی مورد ارزیابی دقیق قرار گیرد. در بارش فکری با مراجع قوانین زیر را رعایت کنید: اجازه دهید مراجع آزادانه راهکار ارائه دهد. (پرواز در خیال)

■ راهکارها را مورد نقد و بررسی قرار ندهید. هیچ قضاوتی در مورد راهکارها فعلاً انجام ندهید.

■ به مراجع کمک کنید راهکارهای بیشتری ارائه دهد (بیشترین راهکار)

پس از یافتن بیشترین راه‌حل‌ها هر کدام از راه‌حل‌ها را بررسی کنید. در نهایت بهترین راه‌حل یا به عبارتی گزینه‌ی موجود را انتخاب کنید و مراحل بعدی را دنبال کنید.

۲.۵.۵. چرخش با مقاومت

زمانی که مراجع برای رسیدن به اهداف انگیزه‌ای ندارد و بیشتر رفتارهای او نشانه‌ی مقاومت است، لازم است مددکار اجتماعی نشانه‌های مقاومت را در او شناسایی کند و سپس با استفاده از راهبردهای صحیح در مواجهه با مقاومتها، زمینه را برای جلب همکاری مراجع فراهم سازد. آنچه در این رابطه به عنوان یک پیش‌فرض اساسی اهمیت دارد این است که مقاومت را به دلیل تمایل فرد برای ماندن در موقعیت موجود تفسیر نکنیم و از طرفی پیش‌فرضهای اولیه مانند فرض تمایل به تغییر و یا ماندن در وضعیت موجود را از ذهن خود خارج کنیم. به عبارت دیگر او نباید فکر کند که مراجع آماده درگیر شدن در تغییر است و یا کلاً در حال مقاومت است.

به هر تقدیر نشانه‌های مقاومت می‌تواند به اشکال زیر خود را نشان دهد:

■ عوض کردن بحث

■ بازگشت به موضوع قبلی

■ جدل و بحث و پافشاری در خصوص موضع فعلی

■ قطع صحبت مددکار اجتماعی

■ انکار مشکلات

مددکار اجتماعی در این مواقع باید با مقاومت مراجع را نه یک مشکل عظیم در فرایند اقدام خود، بلکه یک بخش طبیعی از کار ببیند. مقاومت می‌تواند به عنوان منبع با ارزشی از اطلاعات درباره تجربه مراجع در نظر گرفته می‌شود، نه این که صرفاً به عنوان یک مانع دیده شود. مقاومت در مقابل تغییر به عنوان قسمت طبیعی و قابل

انتظار از فرآیند تغییر است. مقاومت ممکن است شامل:

- ترس از شکست
- ترس از خواسته‌ها و مسئولیت‌هایی که آنها معتقدند اگر تغییر کنند از آنها انتظار می‌رود.
- نگرانی از مواجهه با چیزهای ناشناخته و غیرقابل پیش‌بینی

به هر تقدیر به عنوان یک مددکار اجتماعی در این شرایط باید از راهبردهای زیر استفاده کنید، مقاومت مراجع را بشکنید و شرایط را برای رفتن به جلو و پذیرفت اقدام در مراجع فراهم سازید. مددکار در چنین مواردی باید با حفظ نگرش غیر قضاوت‌گرانه و احترام‌آمیز و پرهیز از مجادله از راهبردهای موسوم به «چرخش با مقاومت» استفاده کند. هدف از این راهبردها که در زیر ارائه شده، کوتاه آمدن مراجع از موضعی است که اتخاذ کرده است:

تغییر در تمرکز: در این راهبرد مددکار تلاش می‌کند برای اجتناب از دو قطبی شدن رابطه، توجه مراجع را به تحلیل بالقوه منحرف کند. در این راستا مددکار فعلاً موضوع مورد بحث را رها کرده و به موضوع دیگری می‌پردازد. این راهبرد بر این فرض استوار است که تکرار بیش از حد موجب دامن زدن به مقاومت مراجع می‌شود.

موافقت با تحریف‌ها: در اینجا مددکار بر یک گفته‌ی مراجع که خود نوعی تحریف است، دست می‌گذارد و از آن برای شکستن مقاومت استفاده می‌کند. برای نمونه در برابر مقاومت مراجعی که ضمن اعلام آمادگی خانواده و مناسب بودن شرایط خانواده تمایلی به صحبت در خصوص بازگشت به خانواده ندارد، مددکار می‌بایست گفته‌هایی همچون «هیچ جا خونه‌ی آدم نمیشه» یا «بالاخره هر آدمی دلش می‌خواد برگرده پیش خونواده‌اش» و... از مراجع که در طول مصاحبه بیان کرده، دست بگذارد و آن را به مراجع یادآوری کند.

چهارچوب‌بندی مجدد: در این راهبرد مددکار با انتخاب عبارات دیگری، در نگاه مراجع به موضوعات تغییر ایجاد می‌کند. مثلاً مددکار جملات مراجعی که خشونت شدید خانوادگی را نوعی غیرت توصیف می‌کند، به اعمال کنترل و خشونت بازتاب می‌دهد.

تبیین آزادی انتخاب: در این مورد مددکار به مراجع یادآوری می‌کند این نهایت خود اوست که قرار است انتخاب کند و هدف او صرفاً کمک به دستیابی به هدف مطمئن‌تر و مطلوب‌تری است.

۵.۵.۳. تنظیم جدول گانت

خروجی توافق مددکار و مراجع می‌تواند به صورت یک جدول گانت تهیه شود و در کنار متن توافق به امضای طرفین برسد. در تنظیم جدول گانت چند ستون وجود دارد:

- فعالیت مورد نظر

■ مسئول اجرایی کردن فعالیت مورد نظر
■ زمان شروع و مدت زمان مورد نیاز برای اجرایی کردن فعالیت
در ادامه نمونه‌ی فرضی از یک جدول گانت را ملاحظه می‌کنید.

ردیف	فعالیت	مسئول اجرا	بودجه‌ی زمانی بر اساس هفته					
			اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم
۱	شناسایی مدرسه برای ثبت‌نام	مددکار اجتماعی	*					
۲	تماس با خانواده جهت ارسال کارنامه تحصیلی	مراجع با نظارت مددکار		*				
۳	تهیه کتابهای تحصیلی	مددکار با کمک مراجع			*			
۴	تامین محل اعتبار هزینه ایاب ذهاب و مایحتاج مدرسه	مددکار		*	*			
۵	آماده‌سازی و مطالعه برای شرکت در امتحان شهریور ماه	مراجع		*	*	*	*	*

۵.۶. مرحله تدارک و اجرای اقدام؛ حوزه‌های اقدام مددکاری اجتماعی

اجرای اقدامات پیش‌بینی‌شده مرحله‌ی پس از برنامه‌ریزی است. در این مرحله اقدامات متفاوتی در دستور کار قرار می‌گیرد. بعد از طراحی برنامه‌ی اقدام و توافق مددکار و مراجع بر سر آن، فعالیت‌های هدفمند برای دستیابی به اهداف و عملیاتی کردن برنامه به صورت گام‌به‌گام در دستور کار مددکار و مراجع قرار می‌گیرد. طبق فرم برنامه‌ریزی برای اقدام، مددکار اجتماعی به اتفاق مراجع، برنامه‌ی اقدامات را تنظیم می‌کند. مهمترین اقداماتی که در این مرحله مورد بحث و بررسی و در نهایت توافق قرار می‌گیرند عبارتند از:

■ ارائه خدمات مرتبط با تحصیلات مراجعان

■ ارائه خدمات سلامت جسمی و روانشناختی

■ توانمندسازی شغلی

■ پیگیری مسائل حقوقی و قضائی

■ بازپیوند به خانواده

■ مداخله در بحران

■ توانمندسازی روانی

۵.۶.۱. امور تحصیلی

در صورتی که امکان بازگشت به خانواده در کوتاه مدت ممکن نیست و به هر دلیلی مراجع برای مدت زمان نسبتاً طولانی در خانه‌ی سلامت ماندگار شد، لازم است اقدامات و برنامه‌هایی تدارک داده شود. یکی از مهمترین آسیب‌هایی که متوجه دختران جوان ساکن خانه سلامت است، احتمال افت تحصیلی، غیبت‌های مکرر از مدرسه و حتی ترک تحصیل است. در این رابطه مددکار اجتماعی نقش بسیار جدی و مهمی را برعهده دارد. انتظار می‌رود مددکار اقدامات زیر را به صورت فعال و موثر دنبال کند.

■ بررسی وضعیت تحصیلی تمام دختران ساکن در مرکز

■ شناسایی مشکلات تحصیلی دانش‌آموزان و دانشجویان

■ پیگیری دلایل افت تحصیلی دختران و تلاش برای رفع آن

■ پیگیری دلایل بی‌انگیزگی تحصیلی دختران و تلاش برای رفع آن

■ مدافعه‌گری برای بازگشت مراجعان به تحصیل

■ تلاش برای تقویت وضعیت و عملکرد تحصیلی دختران از طریق فرستادن به کلاسهای تقویتی یا استفاده از داوطلبان و حامیان تحصیلی

■ ثبت‌نام دختران بی‌سواد و کم‌سواد در کلاسهای نهضت سوادآموزی

■ نظارت بر عملکرد تحصیلی دختران در مدرسه

■ نظارت بر عملکرد رفتاری و انضباطی دختران در مدرسه

■ فرستادن دختران به کلاسهای کمک آموزشی، آمادگی کنکور و خرید کتابهای مورد نیاز در این رابطه

همان گونه که ملاحظه می کنید مددکاران اجتماعی در رابطه با وضعیت تحصیلی دختران، نقشهای متعددی را برعهده دارند. آنها در یک موقعیت نقش نظارتی و در خصوص برخی دیگر از دانش آموزان نقش مدافعانه را برعهده می گیرند و در مواقعی به عنوان حامی دانش آموز، پیگیر کلاسهای تقویتی و استفاده از داوطلبان خواهد بود.

مددکار اجتماعی برای ایفای این نقش مهم لازم است تلاشهای زیر را صورت دهد:

■ ترغیب دختران مرکز به تحصیلات با راه اندازی جلسات گروهی پیرامون این موضوع

■ جذب داوطلب از میان قشر دانشجو و تحصیل کرده برای برگزاری کلاسهای آموزشی مختلف در مرکز به صورت مستمر و یا موردی (برای نمونه در ایام امتحانات)

■ معرفی مرکز به مدارس اطراف و تلاش برای جلب همکاری آنها در پذیرش دانش آموزان، ارتباط و پاسخگویی به خانهای سلامت و...

■ حمایت یابی مالی برای تامین هزینه های تحصیلی دختران مرکز

موفقیت مددکار اجتماعی در این رابطه نیازمند اقدامات و بسترسازی هایی است:

■ گردآوری اطلاعات و فهرست کامل مدارس مقاطع متوسطه و کلاسهای نهضت سوادآموزی: مددکار در این رابطه باید اطلاعات مفیدی همچون مدیریت مدرسه، افراد ذی نفوذ و... را بدست آورد.

■ اطلاعات کاملی از برنامه ها، اعتبارات و حمایت های سازمان بهزیستی و سایر سازمانها در رابطه با تحصیلات گروه های آسیب دیده و در معرض آسیب تهیه کند.

■ ارتباط حسنه ای قبل از مراجعه ی موردی با این مدارس برقرار کند و خانهای سلامت را به آنها معرفی کند. این اقدام زمینه ی همکاری را برای مددکاران به دنبال خواهد داشت.

■ زمینه ی همکاری داوطلبان دانشجو، نخبگان دانش آموزی، افراد فرهنگی، معلمان و... در امر تحصیلات را بواسطه ی معرفی مرکز و گروه هدف - دختران در معرض آسیب - دعوت از آنها برای بازدید از مرکز و... فراهم سازد.

■ حامیان مالی که در رابطه با تحصیلات آمادگی بیشتری دارند را در آستین داشته باشد.

■ با مراکز آموزشی تحصیلی - من جمله مراکز آمادگی کنکور و... وارد گفتگو شود و امکان دریافت تخفیف را پیگیری کند.

در رابطه با دخترانی که وارد دانشگاه می شوند نیز اقدامات فراوانی باید مدنظر و توجه مددکار اجتماعی قرار گیرد که شامل موارد زیر است:

■ در رابطه با دخترانی که در دانشگاه های غیر بومی قبول می شوند، لازم است تمام اقدامات مربوط به ثبت نام و تهیه ی اسکان خوابگاهی و یا غیر خوابگاهی به اتفاق مددکار و زیر نظر او صورت پذیرد.

■ مددکار باید در جهت تامین هزینه های دانشگاهی که نیازمند پرداخت شهریه هستند، از ردیف اعتباری سازمان بهزیستی استفاده کند. علاوه بر این حامیان و افراد خیر می توانند نقش موثری ایفا کنند.

■ مددکار باید بر وضعیت تحصیلی دانشجو باید نظارت کند.

۵.۶.۲. توانمندسازی شغلی: حرفه‌آموزی و اشتغال

توانمندسازی ابعاد مختلفی دارد و عوامل متعددی بر احساس توانمندی افراد تاثیرگذار هستند. از مهمترین این عوامل توانمندسازی شغلی است و فرد را برای زندگی مستقل در جامعه آماده می‌کند. احساس استقلال مالی می‌تواند تاثیر عمیقی بر خودانگاره و امید به آینده داشته باشد. حرفه‌آموزی می‌تواند حتی در مقابله با آثار خشونت نیز تاثیرگذار باشد و به مراجع در ترمیم آسیب‌های روانی-عاطفی کمک کند. در نبود خانواده‌ی موثر برای درصدی از این دختران، استقلال مالی می‌تواند بخشی از مسائل و مشکلات پیش‌روی آنها را کاهش دهد. به این ترتیب یکی از اهداف جدی خانه‌های سلامت بسترسازی برای حرفه‌آموزی و اشتغال آنهاست. در این راستا مددکاران اجتماعی بیشترین نقش را برعهده دارند. حرفه‌آموزی و اشتغال مراجعان نیازمند ارزیابی‌های دقیق، حمایت‌یابی، آموزش‌های شغلی و نظارت بر فرایند حرفه‌آموزی و اشتغال و پیگیری‌های مستمر است که بر فرایند حرفه‌آموزی و اشتغال باید صورت پذیرد.

۵.۶.۲.۱. ارزیابی شغلی

ضمن توجه به ارزیابی‌های اولیه، مددکار می‌بایست یک ارزیابی جامع حرفه‌ای ترتیب دهد. در این ارزیابی که در فرم «ارزیابی حرفه‌ای/شغلی» به آن اشاره شده است، ابعاد زیر باید بررسی شود:

- سابقه و توانمندی‌های شغلی
- علاقمندی‌ها و استعداد شغلی مراجع
- آمادگی جسمی و ذهنی مراجع برای اشتغال
- مشاغل مورد علاقه‌ی مراجع
- وضعیت بازار کار مشاغل مختلف
- هزینه‌ی راه‌اندازی و میزان بازدهی شغل
- تحصیلات و زمان لازم برای یادگیری شغل
- امنیت محیط‌های کاری

مددکار اجتماعی می‌تواند با توجه به معیارهای فوق به مراجع کمک می‌کند شغلی را انتخاب کند که بیشترین تناسب را با وضعیت او دارد. سپس بسترسازی جهت حرفه‌آموزی موضوعی است که نیازمند اقدامات مددکاری اجتماعی است. در این رابطه مددکار باید:

- فهرستی از مراکز حرفه‌آموزی مرتبط را تهیه کنید.
- از نزدیک از این مراکز بازدید کرده و الزامات شغلی و شرایط مرتبط با اشتغال آن را بررسی کنید.
- نسبت به امنیت محیط کار اطمینان حاصل کنید.
- زمینه‌های همکاری با خانه سلامت و مددکار را به مراکز حرفه‌آموزی بررسی کند. در این رابطه با توضیح وضعیت مراجع، امکان نظارت و ارتباط با مرکز را فراهم سازد. مددکار باید زمانهای حضور مراجع در خانه سلامت را به اطلاع مرکز حرفه‌آموزی برساند و شرایط مناسب جهت همکاری متقابل را فراهم سازد.

■ در صورت نیاز، حامیان مرکز را جهت تامین هزینه‌های احتمالی نظیر ایاب و ذهاب و... توجیه کند. در این باره مددکار باید از قبل هزینه‌هایی مانند هزینه‌ی تهیه وسایل مورد نیاز و ایاب و ذهاب و... را محاسبه کرده و به صورت یک گزارش ساده فراهم کند.

■ زمینه‌ی حضور به موقع و موثر مراجع یا مراجعان در مرکز حرفه‌آموزی را با تهیه‌ی سرویس در صورت نیاز و... فراهم کند.

■ بر فرایند حرفه‌آموزی نظارت کند. در صورت بروز مشکلات و یا تخطی از قوانین خانه و یا مرکز حرفه‌آموزی مددکار باید ورود پیدا کند و زمینه‌ی بروز آسیب و مشکلات را رفع کند. در این راستا مددکار طیفی از مواجهات را بر می‌گزیند؛ او ممکن است به مراجع تذکر دهد و یا او را از رفتن به مرکز حرفه‌آموزی به صورت کامل محروم کند.

آموزش‌های پیش‌نیاز اشتغال

اشتغال تنها انجام فعالیت‌های مربوط به شغل مورد نظر نیست و به مهارت‌های دیگری نیاز دیگری نیاز دارد. برخی از مهمترین موضوعاتی که باید قبل از اشتغال توسط یاور مرکز به مراجعان آموزش داده می‌شود عبارتند از:

- نحوه تعامل صحیح با کارفرما
- روابط کاری مناسب با همکاران
- مهارت پیشگیری از تنش و برخورد در محیط‌های کاری
- نحوه‌ی درخواست مرخصی، مساعده و...
- نحوه استفاده از فکس، تلفن و...
- آشنایی با برخی از مهم‌ترین قوانین کار
- روش‌های جلب مشتری و بازاریابی

مددکار اجتماعی در آموزش این موضوعات می‌تواند بسیار موثر واقع شود. در این رابطه باید تمام ظرفیت‌های خانه‌ی سلامت به خدمت گرفته شوند. روانشناس مرکز می‌تواند نقش جدی داشته باشد. لازم به ذکر است آموزش چنین موضوعاتی توسط هم‌تایان در خانه‌ی سلامت و به ویژه در قالب فعالیت‌های گروهی بسیار موثرتر خواهد بود.

۲.۲.۵. نظارت بر وضعیت اشتغال بیرون از مرکز

از آنجاکه مراجعان خانه‌ی سلامت می‌توانند بیرون از مرکز مشغول به کار شوند، لازم است نظارت دقیقی بر وضعیت اشتغال آنها صورت گیرد. لازم به ذکر است هرگونه تردد مراجع بیرون از مرکز نیازمند نظارت است اما در

خصوص اشتغال مراجع باید این نظارت علاوه بر رفتارهای معمول او، موارد دیگری را نیز در برگیرد:

- نظارت بر هزینه‌های جاری مراجع همانند تغذیه، ایاب و ذهاب و...
- نظارت بر ساعات ورود و خروج از مرکز

- نظارت بر سلامت اخلاقی محیط کاری
- نظارت بر روابط مراجع در محل کار به ویژه با جنس مخالف
- نظارت بر وضعیت درآمد، پس انداز و نحوه خرج کردن درآمدها
- نظارت بر پیشرفت کاری
- ایجاد ارتباط حسنه با مدیران مراکز و صاحبان مشاغل توسط مددکار اجتماعی
- ارائه گزارش از نظارت‌ها

نظارت‌ها به صورت دوره‌ای است به گونه‌ای که در ابتدا نظارت‌ها با فاصله زمانی اندک (در ماه اول هر هفته دوبار به صورت تلفنی و حضوری) صورت می‌گیرد و در ماه دوم و سوم به ترتیب هفته‌ای یک بار و دو هفته یک بار صورت می‌گیرد. این نظارت‌های حتی بعد از ترخیص مراجع از مرکز می‌بایست ادامه پیدا کند و بسته به شرایط مراجع هر دو ماه یا سه ماه یک بار پیگیر شرایط او شد. در صورت بروز مشکل مددکار اجتماعی باید مداخلات لازم را انجام دهد. این مداخلات شامل موارد زیر است:

- در صورت بروز هرگونه تنش در محیط کاری، مددکار مرکز می‌تواند نقش میانجی داشته باشد.
- در صورت تشخیص عدم سلامت محیط، مددکار اجتماعی می‌تواند مراجع را از رفتن به آن محیط کاری باز دارد. در صورت عدم موافقت مراجع به ترک محل کار، مددکار اجتماعی می‌تواند به مراجع تذکر کتبی داده و او را متقاعد سازد که محیط کار مزبور برای او نامناسب است. مسئولین سازمان بهزیستی باید در جریان این موارد قرار داده شوند.
- اگر مراجع درآمد خود را صرف برنامه‌های نامناسب همانند قماربازی، شرکت در شرکت‌های هرمی و... می‌کند، مددکار اجتماعی باید با مراجع برخورد کند و همانند مورد قبل اقدام کند.
- در مواردی که محل کار مراجع فاصله زیادی با مرکز دارد و هزینه‌های زیادی صرف رفت و برگشت بین محل کار و خانه‌ی سلامت می‌شود، مددکار اجتماعی می‌تواند گزینه‌های دیگری همانند استراحت در محل کار و یا کمک به مراجع در تامین هزینه‌ها و... را مدنظر داشته باشد.

ضرورت یادگیری یک مهارت شغلی

یادگیری یک مهارت شغلی از جمله مهارت‌های هنری و تزئینی که امکان اشتغال خانگی برای آنها وجود دارد، فارغ از اینکه در سریعاً به اشتغال ختم شود، می‌تواند تاثیر مناسبی بر اعتماد به نفس، عزت نفس و احساس ارزشمندی مراجعان داشته باشد. مجهز شدن دختران خانه سلامت به یک مهارت شغلی، این امکان را ایجاد می‌کند که در صورت نیاز به سرعت وارد بازار کار شوند. زمان ورود به دوره‌های آموزشی بسته به وضعیت روانشناختی فرزند، رسیدگی به موارد فوریتی است. با این حال مدت زمان آموزش‌ها می‌تواند با توجه به شرایط فرزندان منعطف باشد و از گامهای کوچک آغاز شود.

۳.۶.۵. پیگیری امور حقوقی

مراجعان خانه‌ی سلامت با حکم دادگاه وارد این مرکز می‌شوند. به این ترتیب درگیر شدن آنها در موضوعات قضائی و حقوقی بدیهی است. در کنار این به دلایل عدیده‌ای ممکن است مداخلات و پیگیری‌های حقوقی در دوران اقامت آنها الزامی شود. مددکار -در کنار مشاور حقوقی مرکز و با هماهنگی کامل او- در نقش مدافع همراه مراجع و در مواردی به وکالت از او درگیر فرایند دادرسی می‌شود. مددکار باید بتواند پیگیری‌های قانونی را انجام دهد و در صورت نیاز به مشاوره حقوقی و منابع مورد نیاز را در اختیار مراجع قرار دهد. دختران جوان و نوجوان ممکن است در معرض تجربه انواع آزارها و غفلتها و سوءاستفاده‌ها از جانب افراد نزدیک خود بوده باشند. در صورت وجود چنین تجربه‌هایی ممکن است مراجعان در ابتدا راغب به بیان تجارب خود نباشند. از جمله مواردی که در این بخش مددکار اجتماعی موظف به پیگیری و انجام آن هاست عبارتند از:

- پیگیری‌های مربوط به دریافت حکم سرپرستی
- پیگیری‌های مربوط به دریافت حکم رشد
- پیگیری موضوعات مربوط به حضانت، قیمومیت و عزل آنها در اولیاء و سرپرستان فاقد صلاحیت
- همراهی مراجع در دادگاه
- مراجعه به شاهدان و افراد مطلع برای جمع‌آوری شواهد و مستندات در مورد موضوعاتی همچون شرایط عسر و حرج، تعرض جنسی و... و ارائه آن به دادگاه
- مستندسازی و ارائه مستندات درباره شرایط فعلی مراجع (ثبت و ضبط مواردی نظیر کودک آزاری و آثار باقیمانده از تروما و آسیب‌های رسیده به مراجع)
- ارائه گزارشات و نتایج ارزیابی‌های روانپزشکی، روانشناختی و... به مقامات قضایی
- درخواست خروج مراجع از مرکز در زمان ترک خانه
- نظارت پس از بازگشت به خانواده و گزارش مستندات و مشاهدات به مقامات قضایی در مدت زمان مشخص شده در دستورالعمل
- پیگیری امور مراجعانی که پذیرش شده و با فعالیت‌های حرفه‌ای مددکاری زمینه بازگشت آنان نزد والدین فراهم باشد.
- ثبت گزارشات بازدیدها و بررسی‌ها در پرونده مراجع
- بررسی صلاحیت نگهداری مراجع توسط خانواده و ارائه گزارش آن به دادگاه
- درج گزارشهای ارزیابی‌های سه ماهه از تغییر در وضعیت مراجع و محیط اجتماعی او
- گزارش غیبت یا خروج طولانی مدت و بدون اطلاع مراجع به مقامات قضایی و ثبت در پرونده مراجع
- گزارش عدم تمایل مراجع به ادامه اقامت در مرکز جهت اطلاع و کسب تکلیف از مقام قضایی برای مراجعانی که فاقد سرپرست هستند یا اجباری پذیرش شده اند
- آگاهی از قوانین داخل سازمانی و برون سازمانی (به طور مثال دستورالعملها و قوانین مربوط به تامین پوشش بیمه‌ای برای افراد آسیب دیده)

برخی از مهمترین حوزه‌های حقوقی که ممکن است در خانه‌ی سلامت اتفاق بیفتد به شرح زیر است:

موضوعات کیفری	■ خشونت علیه مراجعان (ضرب و شتم، تجاوز، تعرض و ...) ■ درگیر شدن مراجعان در پرونده‌های خرید و فروش مواد و سایر جرائم همچون یک قربانی نامناسب خانوادگی
حقوق خانواده	■ مساله حضانت مراجعان ■ مساله قیمومیت و سرپرستی مراجعان ■ موضوعات مربوط به سهم الارث و انحصار ورثه
حقوق کار	■ اخراج از کار ■ بیمه‌ی بیکاری

آگاهی مددکار خانه‌ی سلامت از مسائل حقوقی می‌تواند بسیار موثر واقع شود اما با توجه به تخصصی بودن مسائل حقوقی توقع نمی‌رود مداخلات تخصصی در داخل مرکز ارائه شود؛ لذا داشتن ارتباط با مراجع آگاه به حقوقی کمک‌کننده خواهد بود.

مددکار اجتماعی ابتدا مشکل مراجع را به صورت دقیق مکتوب می‌سازد و سپس با رضایت مراجع با یکی از مراکز مزبور و سایر مراکز مشابه تماس برقرار می‌کند و روند حقوقی اصولی را جویا می‌شود. برای تسهیل فرایند کمک‌رسانی در صورت دسترسی باید تمامی مکاتبات حقوقی که با دادگاه و یا مراجع قضایی انجام شده کپی گرفته شود و در تماس و یا ارجاع حضوری به مشاوران حقوقی از آن‌ها کمک گرفته شود. همان‌گونه که اشاره شد در برخی موارد حضور در دادگاه و پیگیری‌های قضایی مورد نیاز است که مددکار اجتماعی موسسه بنابر اقتضای زمانی که دارد لازم است پیگیر امورات مراجع شود و یا از منابعی که نامبرده شد برای این کار کمک گرفته شود. پس به این ترتیب مراحل پیگیری مساله حقوقی مراجع:

- مصاحبه با مراجع درباره‌ی مساله‌ی موردنظر
- مکتوب کردن اظهارات مراجع
- بررسی صحت و سقم اظهارات
- جمع‌آوری مستندات ادعای مراجع
- تماس با مراکز مشاوره‌ی حقوقی که قبلاً شناسایی شده‌اند
- پیگیری و انجام مکاتبات لازم
- در صورت نیاز مراجعه حضوری به مراجع قضایی
- همراهی مراجع در روند دادرسی

در این راستا لازم است مددکاران اجتماعی شاغل در خانه‌ی سلامت از قبل ارتباطاتی با چنین مراکزی که نمونه‌ی آن در ادامه اشاره می‌شود، برقرار نمایند و در صورت نیاز از راهنمایی آن‌ها استفاده کنند.

■ جذب همکاری کانون و کلا

■ وکلای خیر

■ معاونت اجتماعی ناجا

■ کارشناسان دادگستری و ثبت احوال

■ اساتید دانشگاه و دانشجوهایی رشته حقوق

در مواردی با ورود مناسب به مسائل قضایی و کمک گرفتن از مراجعی همچون شورای حل اختلاف و... می‌توان زمینه‌ی بازگشت فرد به خانواده و یا احقاق حقوق وی را فراهم نمود.

۴.۶.۵. پیگیری امور سلامت و درمان روانشناختی و جسمی

یکی از شرایط پذیرش مراجعان در خانه‌های سلامت، نداشتن بیماری‌های جسمی و روانپزشکی حادی است که در صورت ابتلا افراد به مراقبت‌های جدی و مستمر نیاز دارند. با این حال مبرهن است که تمام مشکلات سلامتی محدود به موارد حاد نمی‌شود و مراجعان در طول دوره‌ی اقامت خود با اختلالات و بیماری‌های متعددی مواجه می‌شوند و می‌بایست تحت درمان قرار گیرند. در این راستا مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت می‌بایست با بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها و سایر مراکز درمانی ارتباط برقرار نموده و از خدمات آن‌ها در موارد نیاز استفاده کنند. فرآیند مداخله برای مراجعانی که نارسایی جسمی دارد:

■ مکتوب کردن اظهارات مراجع در مورد مشکل پزشکی و بررسی صحت گفته‌ها

■ پیگیری مدارک و مستندات قبلی مراجع از خانواده و مراکز درمانی-بهداشتی در صورت لزوم

■ همراهی مراجع جهت مراجعه به مراکز درمانی

■ نظارت بر روند درمان مراجع

■ نظارت بر مصرف دارو توسط مراجع و گزارش آن به متخصص

■ پیگیری ثبت‌نام مراجعان در سامانه‌های بیمه‌ای و دریافت دفترچه بیمه برای آنها

■ پیگیری و ثبت مستمر بهبود وضعیت مراجع

■ ایجاد هماهنگی با تیم درمان و جلوگیری از شکست زنجیره‌ی درمان

■ ثبت وضعیت مراجع در دوره‌ی درمان و گزارش فعالیت‌ها به صورت دقیق و بایگانی کردن آن

■ استفاده از سایر ظرفیت‌های سازمان برای تدارک پرستاری و مراقبت در صورت نیاز

■ در کنار پیگیری بهبود جسمانی مراجعان، آموزش‌هایی در رابطه با مراقبت جسمی و موضوعات مربوط به بهداشت جسمی و تغذیه سالم و... به مراجعان ارائه شود. برخی از این موضوعاتی که می‌تواند به سلامت مراجعها در طی دوره‌ی اقامت کمک کند به شرح زیر است.

مددکار اجتماعی لازم است زمینه‌ی ارائه‌ی آموزش‌ها به مراجعان بواسطه‌ی شناسایی و دعوت از متخصصان مربوطه فراهم سازد:

- آموزش پیشگیری از بیماری‌های مسری نظیر اچ‌آی‌وی/ایدز، هپاتیت، سل و...
- آموزش و آشنایی با بهداشت دهان و دندان
- آموزش بهداشت جنسی
- آموزش خود مراقبتی و رعایت بهداشت شخصی
- آشنایی با تغذیه سالم
- آموزش سلامت باروری

۵.۶.۵. غنی‌سازی اوقات فراغت و برنامه‌های تفریحی

خانه‌ی سلامت می‌بایست برای تامین نیاز به تفریح مراجعان تحت پوشش خود برنامه داشته باشد. فعالیت‌های ورزشی، اردوهای یک‌روزه، بازدید از موزه، سینما و... بخشی از برنامه‌های فراغت خانه سلامت باشد. مددکار اجتماعی در این خصوص می‌تواند با همکاری مدیر خانه و با اخذ نظر مراجعان، برنامه‌ی فراغت شش ماهه را تنظیم کرده و بر اجرای آن نظارت داشته باشد. مددکار اجتماعی خانه سلامت می‌تواند از سامانه‌ها و ظرفیت‌های در دسترس و نیز رایزنی با مراکز تفریحی برای دریافت تخفیف بهره‌برد.

فعالیت‌های فوق‌برنامه داخل مرکز نیز می‌تواند بخشی از نیاز به تفریح مراجعان را پوشش دهد. برگزاری جشن تولد مراجعان، تدارک دورهمی‌های دوستانه در مرکز به مناسبت‌هایی همچون روز دختر، روز زن، برگزاری برنامه‌ی تماشای فیلم در خانه و... می‌تواند بهانه‌های خوبی برای شادی و تفریح مراجعان باشد. آموزش موسیقی، آموزش تئاتر، آموزش‌های مهارت‌های هنری و... نیز می‌تواند فعالیت‌های لذت‌بخشی برای مراجعان باشد.

در برنامه‌ریزی برای برنامه‌های فوق‌برنامه و اوقات فراغت مراجعان باید به برخی نکات توجه کرد:

- با شرایط سنی، فرهنگی و اجتماعی مراجعان همخوانی داشته باشد.
- با ارزشهای فرهنگی، اجتماعی و مذهبی در جامعه همسو باشد.
- برگزاری دوره‌ها غیررسمی و غیرتحمیلی باشد.
- تنظیم و اجرای برنامه‌ها با سازماندهی و مشارکت فعال مراجعان صورت پذیرد.
- مشارکت در آنان تحمیلی نباشد.
- نشاط انگیز و لذت بخش باشد.
- برای هر فعالیت هدف‌های رفتاری مشخص تعیین و میزان پیشرفت در دستیابی به اهداف مورد ارزشیابی قرار گیرد.

■ به عدم هم پوشانی و لطمه به برنامه‌های رسمی همچون تحصیلات مراجعان توجه شود.

ورزش به عنوان یک فعالیت درمانی

جنبه‌های مثبت مشارکت در فعالیتهای ورزشی به خوبی به اثبات رسیده‌اند (Wooten, ۱۹۹۴). ورزش علاوه بر افزایش مهارتهای حرکتی و بدنی مراجعان، تجربه‌ی بی‌نظیری از همکاری و مشارکت در گروه را به دختران ساکن در خانه‌ی سلامت ارائه می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهد ورزش کردن به مشارکت در ورزشهای گروهی نظیر والیبال، بسکتبال و فوتبال داخل سالن بر افزایش عزت نفس و اعتماد به نفس دختران بسیار موثر است. ورزش از طریق فراهم کردن امکان حضور در جامعه و همکاری با دیگران، فرصت شناخت نقاط قوت و ضعف را به دختران مقیم خانه‌ی سلامت می‌بخشد که از طریق آن دختران بتوانند موانع ارتباطی خود را شناسایی کنند و درصد رفع آن برآیند. بسیاری از این دختران ممکن است تجربه‌ی دوستی‌های عمیق و سالمی در گذشته‌ی خود نداشته باشند و ورزشهای گروهی می‌تواند این امکان را به آنها بدهد. به هر تقدیر تشویق دختران به مشارکت مستمر در یک یا چند ورزش در کنار دنبال کردن تحصیلات، کار و فعالیتهای اجتماعی دیگر می‌تواند یکی از مهمترین برنامه‌هایی باشد که مددکاران اجتماعی می‌توانند زمینه‌های آن را فراهم کنند و بسته به علائق و توانمندی‌های شخصی، مراجعان را برای پیگیری آن تشویق و ترغیب کنند

نکته: مددکار اجتماعی می‌بایست ترتیب اردوهای و رویدادهای فصلی را در دستور کار قرار دهد.

۵.۶.۵. توانمندسازی ذهنی مراجعان

از جمله مهمترین اقداماتی که باید در دستور کار خانه‌های سلامت قرار گیرد؛ توانمندسازی ذهنی و روانشناختی فرزندان برای مواجهه‌ی صحیح با مسائل و بحرانهای زندگی است. در این زمینه باید ضمن بهبود و ترمیم وضعیت سلامت روان مراجعان، عزت نفس و احساس ارزشمندی را به آنها بازگرداند؛ آنها را نسبت به توانایی‌ها و امکانهایی که در اختیار دارند آگاه کرد و توان سازگاری و مقابله با وضعیتهای دشوار را در آنها ارتقاء داد. در این خصوص برخی مداخلات در دستور کار قرار می‌گیرد:

- آموزش مهارت خود مراقبتی، مهارت حل مساله، مهارت تصمیم‌گیری و...
- تفویض مسئولیت در خانه به مراجعان و اعطای مسئولیت برای برگزاری برخی رویدادها
- دعوت از فرزندان برای به اشتراک گذاشتن تجارب خود و گفتگو در خصوص نحوه‌ی حل آنها
- درگیر کردن فرزندان در آموزش برخی موضوعات به سایر اعضای خانه
- رسیدگی به اختلالات و پریشانی‌های روانشناختی با استفاده از ظرفیت روانشناسی خانه سلامت و سایر مراکز تخصصی
- حمایت از مراجعان برای ترسیم نقشه راه منحصر به فرد برای آینده خود با تاکید بر نقش‌پذیری و مسئولیت‌پذیری در قبال رشد و پیشرفت خود
- مواجهه با افکار منفی و ناتوان‌ساز

۵.۶.۷. نظارت در زمان مرخصی

مراجعان خانه‌ی سلامت تحت شرایط خاصی می‌توانند از مرخصی استفاده کنند. منظور از مرخصی، اقامت شبانه خارج از خانه‌ی سلامت است. شرایط مرخصی بدین شرح است:

- حتماً با هماهنگی و موافقت مددکار اجتماعی و مدیر مرکز صورت گیرد.
- مراجع نباید محدودیت قانونی از این نظر داشته باشد.
- میزبان حتماً باید از بستگان و یا خانواده‌ی مراجع مورد تایید مدر و مددکار خانه باشد.
- میزبان باید از نظر اخلاقی و سلامت روان مورد تایید مددکار اجتماعی قرار گیرد. مصرف مواد، الکل و یا مشکلات اخلاقی و اشتها به فسق و فجور نباید در فرد درخواست‌دهنده ملاقات مشاهده شود.
- سقف مرخصی کمتر از یک هفته است.
- درخواست مرخصی سه روز قبل از موعد اعلام شود.
- امکان تماس تلفنی مددکار اجتماعی خانه‌ی سلامت در دوره مرخصی باید برقرار باشد
- شخص میزبان باید با مددکار اجتماعی و در صورت نبود با روانشناس مرکز حتماً تماس گرفته و صحت موضوع را تایید کند.

نکته: در صورت تخطی مراجع از زمان تعیین‌شده بدون اطلاع و عذر موجه، به او تذکر داده می‌شود. در صورت تکرار این مساله، مراجع با تذکر کتبی و نهایتاً عدم امکان مرخصی مجدد مواجه می‌شود. در صورت عدم بازگشت مراجع، مراتب باید به مرجع قضائی کتباً اعلام گردد.

۵.۶.۸. پیشگیری از قلدری در خانه سلامت

یکی از چالش‌های خانه سلامت و سایر اقامتگاه‌های گروهی مشابه احتمال قلدری، آزار و اذیت مراجعان توسط یکدیگر است. منظور از قلدری هر نوع رفتاری است که به منظور کنترل، به خدمت گرفتن، استثمار و آزار دیگران صورت می‌گیرد. قلدری با بازی، اذیت کردن و دعوا فرق می‌کند، در قلدری صدمه وارد می‌شود، تکرار می‌شود و مبارزه ناجوانمردانه‌ای بین دو قدرت نابرابر است. (Hazler, Miller, Carney, & Green, 2001) در هر صورت قلدری کار ناجوانمردانه ایست زیرا فرد قلدر از لحاظ فیزیکی قوی‌تر و یا از نظر اجتماعی و کلامی با تجربه‌تر و ماهرتر است. ایجاد سازوکارهای پیشگیری از قلدری در خانه سلامت و مقابله‌ی جدی با آن واجد اهمیت است. برخی مصادیق قلدری عبارتند از:

- ائتلاف علیه یکی یا تعدادی از دختران دیگر مقیم خانه
- قلدری و آزار کلامی همانند شایعه پراکنی، نام بد گذاشتن بر دیگران، ریشخند و سرزنش کردن
- قلدری عاطفی از جمله زجر دادن، تمسخر کردن، تحقیر و طرد از گروه و فعالیت‌های دسته جمعی
- قلدری جنسی از جمله برخورد‌های ناخواسته بدنی و متلک‌های رکیک

■ قربانی کردن ارتباطی^۱ به معنی خشونت عاطفی و رفتارهای قلدرانه مبتنی بر صدمه زدن بر روابط اجتماعی فردی شخص در بین گروه همسالان

مددکار خانه سلامت باید سازوکارهای قلدری و آسیب‌های آن به فرد قربانی را به تمامی ساکنان خانه توضیح دهد. او باید قوانین سخت گیرانه خانه سلامت در صورت مشاهده‌ی قلدری علیه پرسنل و سایر دختران را به آنها یادآور شود. دختران مقیم خانه سلامت باید توجیه شوند در صورتی که علیه آنها هرگونه مزاحمتی ایجاد شد، باید سریعاً گزارش کنند. به آنها یادآور شوید تکنیک افراد آزارگر، تهدید دیگران به عدم افشاست. قربانیان باید مطمئن شوند فواید گزارش خشونت و قلدری بیشتر از مخاطراتی است که آنها را تهدید می‌کند؛ آنها باید احساس کنند مورد حمایت مدیریت و کادر خانه هستند و پس از افشا و گزارش قلدری، سازوکاری برای مقابله به تهدیدهای احتمالی تدارک دیده می‌شود. کوتاه نیامدن در برابر فرد قلدر، پرهیز از بی تفاوتی در صورت مشاهده‌ی قلدری علیه دیگران، گزارش سریع موضوع به مدیریت و مددکار خانه بخشی از فرایند آموزش دختران برای مقابله با قلدری است. باید سیاست‌های خانه به وضوح نشان دهد که به هیچ وجه قلدری و زورگویی را بر نمی‌تابد. شرایطی مستعد قلدری است که در آن چشم پوشی نسبت به این مسئله وجود داشته باشد. افراد با این باور غلط که سخن گفتن راجع به قلدری و زور گویی درست نیست، به آن دامن می‌زنند. خانه با این گفته‌ها باید مخالفت کند و به مراجعان یادآوری کند که گفتن این موارد از حفظ کردن آن نزد خودشان بسیار بهتر و موثرتر خواهد بود. خانه‌های سلامت می‌توانند با ایجاد محیطی حمایت‌کننده و ایجاد احساس تعلق در افراد مانع از بروز این مسئله شوند. امکان گزارش محرمانه باید در خانه‌ی سلامت فراهم شود تا از طریق آن قربانیان در گزارش موارد مشابه به مربیان و مدیران خود احساس راحتی کنند.

ارتقاء عزت نفس و جرات‌ورزی می‌تواند به قربانیان قدری کمک کند. آموزش تفاوت رعایت ادب با نادیده گرفتن حقوق اولیه‌ی خود می‌تواند مانع از تکرار قلدری علیه قربانیان شود. از قرار معلوم افراد قلدر از مواجهه با افرادی که با آنان مقابله می‌کنند خوداری می‌کنند. باید به خاطر داشت برخی از مهمترین ویژگی‌های قربانیان قلدری عبارتند از: خود انگاره پایینی دارند، مهربانند و در رابطه با همسالان و معلمان خود با ملاحظه‌اند، قاطع نیستند، منزوی و آسیب پذیرند، از لحاظ فیزیکی قوی نیستند، احساسات دیگران را بر احساسات خود ترجیح می‌دهند (Green & Nelson، 1999). از راه‌های کمک به قربانیان قلدری و تمسخر، آموزش مهارت‌هایی است که به آنها کمک می‌کند شرایطی را که در آن مسخره می‌شوند مدیریت نمایند. وظیفه مدیر و مددکار اجتماعی خانه سلامت این است که به مراجعان یادآوری کنند احساسات و عواطف و تفکراتشان را به جای کتمان، بروز دهند. آنها باید یاد بگیرند چگونه خود را از تمسخر و دست انداختن مصون بدارند. بی تفاوتی و بی توجهی باید به عنوان بخشی از مهارت‌های اجتماعی به دختران ساکن خانه آموزش داده شود.

برای افراد آزارگر و قلدر نیز باید آموزش همدلی و کنترل هیجانی در نظر گرفته شود. در صورت تکرار موضوع

۱. Relational victimization

باید طی جلسه‌ای رسمی در خصوص آینده‌ی مراجع در خانه سلامت تصمیم‌گیری کند. مددکاران اجتماعی همچنین با کودکانی که سایر کودکان را مسخره می‌کنند، نیز کار می‌کنند. افراد قلدری که به دنبال ابراز قدرت و کنترل بر دیگران هستند، معمولاً اعتماد به نفس پایینی دارند، به سایر دانش‌آموزان و معلمان احترام نمی‌گذارند، به دنبال جلب توجه هستند، غالباً در خانواده آن‌ها قلدری شایع است، به سایر افراد و اشیاء رشک می‌برند و معمولاً به جای افراد بر اشیاء تمرکز می‌کنند (Green & Nelson, 1999). بسیاری از افرادی که قلدری می‌کنند و سر به سر دیگران می‌گذارند خودشان قربانی بوده‌اند و لازم است یاد بگیرند چگونه با این احساس خشم و عدم قدرت مواجه شوند. این مراجعان به فرصتی نیاز دارند تا راجع به قلدری و تمسخر خود بحث کنند. افراد قلدر شبیه مراجعانی هستند، که به دریافت خدمات تمایلی ندارند. این به مهارت مددکار اجتماعی بر می‌گردد که بتواند با قربانی رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد برقرار کند و او را به این درک برساند که رفتارهایش نادرست است و برای خود و دیگران مخرب است. آنها باید به دنبال جایگزین‌هایی در داشتن احساس خوب نسبت به دیگران و حضور در فعالیت‌های فوق برنامه باشند که در آن بتوانند در حالی که به دیگران صدمه نمی‌زنند موفقیت را تجربه کنند. اگر مداخله‌ای صورت نگیرید احتمال این که این دختران به «قلدری مزمن» دچار شوند، در آینده رفتارهای منفی داشته باشند و با دیگران نتوانند رابطه‌ی مثبتی برقرار کنند، بسیار بالاست. (Oliver, Hoover, and Hazler, 1994)

۹.۶.۵. مداخله در خودزنی و خودکشی

مداخله در بحران و ایفای نقش موثر در بحرانها از مهمترین نقشهای مددکار اجتماعی است. این مهم زمانی بیشتر برجسته می‌شود که مددکار را در ارتباط با منابع اجتماعی و خانواده در نظر بگیریم. بحرانی‌ترین شرایطی که ممکن است در خانه سلامت رخ دهد، خودزنی و خودکشی است.

معمولاً متخصصان، از معیارها و مقیاسهای متفاوتی برای تشخیص میزان آشفتگی و بحران در مراجعان خود استفاده می‌کنند تا بتوانند به سرنخهای مهم جهت پیشگیری از آسیب و اقدام مناسب دست یابند. وجود یک نشانه به تنهایی نمی‌تواند مشخص‌کننده بحران در افراد باشد اما می‌تواند حساسیت متخصص را در ارزیابی خطر و اقدام مناسب برانگیزاند. افزایش نشانه‌های هشداردهنده می‌تواند به تشخیص بهتر موقعیت خطر و بحران و تعیین برای میزان احتمال خطر کمک کند. برخی از نشانه‌ها می‌توانند مهمتر از سایر نشانه‌ها باشند و ملاک تعیین آنها علاوه بر تجربه، بستگی به شرایط روانی اجتماعی مراجع دارد و طبیعتاً زمانی که فراوانی قابل توجهی از علائم وجود داشته باشد، نگرانی متخصص برای مراجع نیز افزایش می‌یابد. در حالت کلی در کار با افراد در معرض آسیب و دارای سوابق تروما در گذشته خود، وقتی نگرانی برای یک مراجع، در متخصص، از حالت عادی بیشتر می‌شود پرسیدن سوالات زیر ضروری بنظر می‌رسد:

■ مراجع در چه سطحی از آشفتگی است؟

- چه حرف‌هایی باید بگویند و اقداماتی باید انجام دهید؟
 - چه منابعی در دسترس مراجع وجود دارد؟
 - چه ارجاعاتی برای مراجع مناسب است؟
- مهمترین کار، پیش از هرگونه اقدام، بررسی وضعیت مراجعی است که نسبت به سایر مراجعان نگرانی بیشتری برای او احساس می‌کنید. در این مراجعان معمولاً وجود علائم خاصی، می‌تواند پیش‌بینی‌کننده احتمال وقوع اتفاق ناگواری نظیر آسیب به خود یا دیگران در فرد باشد. علائم زیر نشان‌دهنده وضعیتی است که مراجع در آن به کمک فوری نیاز دارد:
- وجود شواهد مبنی بر خودزنی و آسیب به خود نظیر سوزاندن یا خراش دادن
 - اقدام به خودکشی یا وجود سابقه اقدام
 - اقدام یا تهدید به آسیب رساندن به اشخاص دیگر یا اموال
 - اضطراب شدید منتهی به حمله عصبی
 - رفتارهای بسیار مخرب نظیر پرخاش و خصومت یا تجاوز
 - ناتوانی در برقراری ارتباط موثر، مانند اختلال در گفتار، اختلال در موقعیت‌یابی (مکانی و زمانی) و دروغ‌گویی.
 - از دست دادن ارتباط با واقعیت، مانند توهم، یا شنیدن / دیدن چیزهایی که در حال حاضر نیستند
 - تهدیدهای خصمانه (کلامی یا نوشتاری) یا اقدام به حمله

پیشنهادهای برای پاسخ به نگرانی درباره مراجعی که شرایط بحران دارد:

- هنگامی که شما و او وقت داشته باشید و مشغول به کار نباشید، خصوصی صحبت کنید.
 - در مورد نگرانی‌های خود صادقانه صحبت کنید، و مشاهدات بدون قضاوت خود را با او در میان بگذارید. می‌توانید از مثال‌های مشخص درباره چیزهایی که می‌بینید و شما را نگران کرده است استفاده کنید.
 - قضاوت گرایانه رفتار نکنید. به طور مثال به جای اینکه بپرسید «چرا در جلسات شرکت نمی‌کنی؟» از او بپرسید: مدتی هست که به من مراجعه نمی‌کنی و در جلسات مشاوره هم حضور فعالی نداری، مشکلی وجود دارد؟
 - درباره محدودیت‌های خود مبنی بر کمک به مراجع صادق باشید و برای او محدودیت‌ها را توضیح دهید. این فقط مسئولیت‌شمانیست که به او مشاوره دهید اما می‌توانید به او کمک کنید تا حمایت‌های مورد نیازش را دریافت کند.
 - به جای اینکه به او دستور دهید که کمک بخواند؛ به او پیشنهاد کنید که در جستجوی کمک باشد
 - اگر مراجع پذیرای مشاوره و خواهان دسترسی داشتن به شما بود زمانهایی که می‌تواند با شما صحبت کند را با او مرور کنید.
 - آگاهی داشته باشید که چگونه و با چه فرایندی می‌توانید منابع در دسترس جهت ارجاع او را فراهم کنید
- هنگام برخورد با فرد در وضعیت بحرانی، عوامل زیر را به یاد داشته باشید:
- اطمینان از ایمنی همه افراد، از جمله خودتان

- شناخت محدودیت‌های خود و اقدام براساس آن برای حفظ امنیت خود و دیگران
- حفظ خونسردی و آرامش
- صحبت با مراجع با حفظ آرامش
- به اشتراک گذاشتن نگرانی و اعتقاد خود با سایر همکاران بخش مراقبت درباره نیاز به کمک برای مراجع
- اجتناب از دست زدن به مراجع در هنگامی که او تحریک شده، یا حالت خشونت‌آمیز دارد
- تهدید و خجالت زده نکردن مراجع
- اجتناب از بحث منطقی و استدلالی با مراجع

۱.۹.۵. مداخلات خودکشی

خودکشی تلاشی آگاهانه به منظور خاتمه دادن به زندگی شخص توسط خود است. به صورت خلاصه خودکشی عبارت است از عمل آسیب رساندن به خود با هدف انهدام نفس است (آستارکی و همکاران، ۱۳۹۲). خودکشی در صورتی که موفقیت‌آمیز باشد عمل مهلکی است که نمایانگر میل فرد به مردن است اما بین تفکر در مورد خودکشی و اقدام آن طیفی وجود دارد. بعضی افراد افکاری در مورد خودکشی دارند اما هرگز به آن جامه‌ی عمل نمی‌پوشانند و برخی دیگر بر اساس عمل تکانشی و بدون قصد قبلی به زندگی خود خاتمه می‌دهند (کاپلان و سادوک، ج ۳: ص ۸۴). به هر تقدیر خودکشی شامل تمام رفتارهایی می‌شود که با قصد یا انتظار مرگ توسط خود فرد انجام می‌گیرد (شیرآلی نیا و همکاران، ۱۳۹۴).

باید توجه داشت اقدام به خودکشی یک فرایند است که معمولاً با تفکر در مورد آن شروع می‌شود و ممکن است با اقدام منتهی شود. انگاره‌پردازی خودکشی به عنوان مساله جدی برای سلامت و پیشایند اقدام به خودکشی شناخته می‌شود و خطر اقدام به خودکشی را تا ۶ برابر افزایش می‌دهد (همیلتون، ۲۰۰۰). انگاره‌پردازی یا افکار خودکشی عبارتی است که بر هر گونه وقوع هرگونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد (همتی و همکاران، ۱۳۸۳). به هر تقدیر به عنوان یک مددکار اجتماعی باید نسبت به علائم و مهمترین اقدامات در خصوص خودکشی آگاهی کامل داشته باشید و با توجه به فوریت موضوع در صورتی که روانشناس و مشاور در دسترس شما نبود می‌بایست اقدامات مرتبط با آنها را که در این بخش اشاره شده است، در دستور کار خود قرار دهید.

در همین راستا هرچند تشخیص خودکشی امکان‌پذیر نیست (کاپلان و سادوک، ۱۳۹۰، جلد ۳: ص ۸۴) اما نشانه‌های متعددی وجود دارد که به کمک آنها می‌توان خطر خودکشی را کم کرد. طبق نظر انجمن روانپزشکی کودکان و نوجوانان آمریکا^۱ برخی نشانه‌ها می‌تواند زنگ خطری برای اقدام به خودکشی در دانش‌آموزان باشد:

- تجربه تغییر خلق ناگهانی و شدید
- فاصله گرفتن از دوستان و اعضای خانواده

۱. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

- از دست دادن تمرکز و توجه
- صحبت کردن در خصوص خودکشی
- با سایر دانش‌آموزان از خودکشی حرف می‌زند^۱.
- بروز تغییرات دراماتیک در وضعیت شخصی
- بروز ناامیدی و احساس گناه
- رفتارهای خودتخریب‌گرانه (نظیر رانندگی بی احتیاط، مصرف مواد و ...)
- اشتغال ذهنی به مرگ
- بذل و بخشش اموال و وسایل مورد علاقه

سایر نشانه‌های هشداردهنده

- رفتارهای تکانشی همچون رفتارهای خشن، طغیان‌گرانه، فرار از منزل و ...
- پاسخ نامتناسب به تمجید و پاداش مثلاً رد آن
- شکایت مکرر از نشانه‌های بدنی مانند سر درد و خستگی
- اخیراً وصیت‌نامه تنظیم کرده
- بخشیدن وسایل و دارائی‌های مورد علاقه‌اش
- علائم افسردگی، ناامیدی، بی‌رمقی و درماندگی دارد.
- برای مرگ (نداشتن اراده و امید به زندگی، به همراه داشتن یا داشتن طناب و تفنگ) آمادگی دارد.
- افت جدی در عملکرد تحصیلی آنها به وجود می‌آید.
- عدم تمایل به فعالیتهای سابق
- برای خودکشی نقشه و برنامه‌ای دارد.
- روابط اجتماعی خود را کاهش می‌دهد.
- احساس بی‌ارزشی، غمگینی و ناامیدی در گفته‌ها و نوشته‌های او وجود دارد.
- در الگوی خواب او اختلال ایجاد می‌شود.
- از الکل و مواد استفاده می‌کند.
- رفتارهای بی‌پروا دارد.
- خود جرحی ممکن است داشته باشد.
- در مقابل فشار و مشکلات، تهدید می‌کند که خود را می‌کشد.

۱. مراجع چنین جملاتی را بر زبان می‌آورد: می‌خواهم خودم را بکشم. کاش بمیرم از دست شما راحت شوم. به زودی از سر من خلاص می‌شوید. می‌دانم باعث همه مشکلات هستم. دیگر نمی‌توانم تحمل کنم، دیگه بهتر است بمیرم. من هیچ ارزشی ندارم و

برخی از متغیرهای تشدیدکننده خطر خودکشی

در صورتی که متغیرهای زیر وجود داشته باشند، احتمال اقدام به خودکشی بالا می‌رود (کاپلان سادوک، جلد دوم، ۱۳۹۵: ۵۱۵):

■ از دست دادن والدین یا جدایی از آنها

■ عزت نفس پایین

■ بیماری جسمی

■ آسیب خانوادگی شدید

■ ناامیدی

■ سابقه خانوادگی خودکشی

■ افزایش استرس

■ تأیید فرهنگی خودکشی

گروه‌هایی که بیشتر در معرض خودکشی هستند:

در میان مراجعان خانه سلامت برخی گروه‌ها بیشتر در معرض خودکشی هستند:

■ سابقه اقدام به خودکشی دارند.

■ سابقه خودکشی در خانواده آنها وجود دارد.

■ کسانی که مشکلات و اختلال روانپزشکی دارند. تقریباً ۹۵ درصد همه کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند مبتلا به یک اختلال روانی بوده‌اند (کاپلان سادوک، جلد دوم، ۱۳۹۵: ۵۰۸). اختلالات افسردگی^۱ ۸۰ درصد، اسکیزوفرنی ۱۰ درصد، دمانس یا دلیریوم ۵ درصد این موارد را تشکیل می‌دهند.

■ به هر تقدیر لازم است به عنوان مددکار اجتماعی هرگونه اشاره‌ی مراجع یا مراجعان خود در خصوص خودکشی را باید کاملاً جدی گرفته و اقدامات زیر را در اولویت قرار دهید:

■ اگر مراجعتان تهدید به خودکشی کرد یا جملاتی را که حکایت از خودکشی دارد بر زبان آورد، رفتار او را جدی بگیرید. به هیچ وجه فرض را بر این نگذارید که آنها قصد به بازی گرفتن دیگران را دارند و یا درصدد مبالغه و تاثیرگذاری هیجانی هستند.

■ یک ارزیابی از وضعیت خودکشی انجام دهید. افراد در معرض خودکشی در یک طیف خفیف تا شدید تقسیم می‌شوند.

■ در ارزیابی خطر خودکشی به موارد زیر توجه کنید:

■ آیا آنها طرحی برای خودکشی دارند؟

■ آیا آنها تهدید به خودکشی می‌کنند؟

■ آیا ابزاری برای این کار مانند اسلحه و... در دستشان می‌باشد؟

■ آیا بیماری جسمی و یا روانی خاص دارند؟

۱. افسردگی نه تنها با خودکشی منجر به مرگ در ارتباط است بلکه با اقدامهای جدی برای خودکشی نیز همراه است (کاپلان سادوک، جلد دوم، ۱۳۹۵: ۵۰۸).

■ آیا افسردگی دارند؟ (از چه نوعی مزمن یا بر اثر حادثه‌ای خاص؟)
به هر حال وضعیت مراجعان شما در یکی از دسته‌های زیر قرار می‌گیرد.

■ **خطر خودکشی وجود ندارد:** عدم وجود افکار خودکشی یا هر عامل خطر دیگر

■ **خطر خودکشی خفیف:** افکار خودکشی دارد اما شدت یا مدت زمان این افکار محدود است. قصد خودکشی و طرح و نقشه خاصی برای خودکشی وجود ندارد. فرد خود-کنترلی خوبی دارد و تنها برخی عوامل خطر است (برای مثال سابقه اقدام به خودکشی وجود ندارد).

■ **خطر متوسط خودکشی:** افکار خودکشی مکرر با شدت و دوره محدود وجود دارد، به صورت مبهم طرح و نقشه خودکشی دارند ولی قصد خودکشی وجود ندارد و یک سری عوامل خطر وجود دارد (مثلاً شکست عاطفی و ...).

■ **خطر بالای خودکشی:** افکار خودکشی مکرر، شدید و مداوم، وجود طرح نقشه خاص، وجود نشانه‌های عینی از قصد خودکشی (مانند تهیه وسایل لازم برای خودکشی، بخشیدن اموال و ...) در کنار شواهدی از خودکنترلی ضعیف، خلق افسرده و علائم شدید روان پزشکی، سابقه اقدام به خودکشی وجود دارد و ...

■ **خطر فوری خودکشی:** افکار خودکشی مکرر و شدید و مداوم، طرح و نقشه خاص، داشتن دسترسی به وسایل خودکشی، قصد عینی خودکشی (خودگزارشی و ارزیابی بالینی)، خودکنترلی آسیب‌دیده، خلق افسرده، علائم شدید روان پزشکی، سابقه اقدام به خودکشی

معمولاً مراجعانی که در نیمرخ ترومای آنان عوامل خطر بالایی وجود دارد، نیازمند برنامه امنیت و پیگیری اجرای آن با همکاری روانشناس هستند. در صورت عدم وجود برنامه امنیت برای مراجعان دارای عوامل خطر بالا، مددکار باید سریعاً تیم را در جریان قرار داده و اقدامات طراحی برنامه را انجام دهد.

در هر حال لازم است ضمن اطلاع موضوع به مدیریت خانه‌سلامت، مربیان و به ویژه روانشناس مرکز و به اتفاق روانشناس یک قرارداد عدم آسیب با مراجعانی که در معرض خودکشی هستند، تنظیم کنید.

به نام خدا

مراجع گرامی.....

با سلام

اگر افکار صدمه زدن به خود دارید از قدم اول شروع کنید و به ترتیب جلو بروید. یادتان باشد افکار خودکشی می‌تواند خیلی قوی به نظر برسد و یا ممکن است تصور کنید برای همیشه طول می‌کشد. ولی این حس ناامیدی بر خلاف آنچه که احساس می‌کنید برای همیشه طول نمی‌کشد و با گذشت زمان و درمان بهتر می‌شوید. وقتی این افکار کمرنگ می‌شوند می‌توانید انرژی خود را روی حل مشکلاتی که احساس بدی در شما ایجاد می‌کند، بگذارید. شما می‌توانید این مشکلات را حل کنید و یا پشت سر بگذارید. از آنجایی که وقتی افکار خودکشی دارید تمرکز و تفکر منطقی سخت می‌شود، این برگه را همیشه به همراه داشته باشید و در جایی مثل کیف دستی و... بگذارید تا در صورت لزوم راحت بتوانید آن را پیدا کنید. شما باید در موقعیت‌هایی که افکار صدمه زدن به خود را دارید به سرعت، فعالیت‌های زیر را برای آرام کردن خود انجام دهید:

(۱) دلایل زنده ماندن را به خود یادآوری کنید.

(۲) نزد یکی از روانشناسان یا مددکاران اجتماعی و یا مربی خانه مراجعه کنید.

نام: شماره تماس:

(۳) نزد یکی از دوستان یا اعضای خانه مراجعه کنید.

نام:

(۴) اگر اشخاص بالا در دسترس نبودند به فرد دیگری زنگ بزنید.

نام: شماره تلفن:

(۵) به جایی که در آن امن خواهید بود، بروید.

(۶) اگر در بیرون مرکز حضور داشتید، به اورژانس نزدیک‌ترین بیمارستان بروید.

(۷) اگر احساس کردید با امنیت نمی‌توانید خود را به بیمارستان برسانید، با اورژانس (۱۱۵ یا ۱۲۳) تماس

گرفته و تقاضای آمبولانس کنید تا شما را به بیمارستان ببرد.

نکته:

- لازم است مراجعی را که علائم خودکشی دارند، سریعاً به روانپزشک ارجاع دهید.
- اگر خطر خودکشی بالاست به مربیان تاکید کنید که اجازه ندهند شخص تنها بماند. به عبارتی به هیچ وجه فرصت خودکشی را در اختیار فرد نگذارند.
- برخی از این افراد در دوره بحران ممکن است از اینکه به کمک دیگران احتیاج دارند و یا خود می‌توانند برخی کمک‌ها را جستجو کنند آگاه نباشند. آن‌ها لازم است بدانند که درمان‌های موثر برای افسردگی و منابع قابل دسترسی برای کمک به آن‌ها وجود دارند تا از نشانه‌ها یا علائم افسردگی رهایی یابند.

زمانی که قصد خودکشی مراجع مطرح است، در هر صورتی باید آن را جدی گرفت. با این حال بعد از ارزیابی اگر خطر فوری مراجعتان را تهدید نمی‌کند نباید دست به قضاوت در مورد این افراد بزنید. به این ترتیب از برخی رفتارهای نسجیده خودداری کنید:

- قضاوت کردن دربارهٔ آنها
- نشان دادن خشم‌تان به آنها
- ایجاد احساس گناه در آنها
- بی‌اعتنایی به احساساتشان
- قول بهبودی خودبه خودی به آنها

در چنین موقعیت‌هایی حتماً رهنمودهای زیر را به خاطر داشته باشید:

- احساسات آن‌ها را مورد تایید و پذیرش قرار دهید. حتی اگر به شکل بد آن را نشان می‌دهند.
 - به طور فعال به آن‌ها گوش دهید و جملاتی را تکرار کنید که نشان می‌دهد شما به آن‌ها گوش می‌دهید مانند اینکه «شما گفتید از خودتان متنفرید» «می‌گویید می‌خواهید بمیرید»
 - سعی کنید به آن‌ها امید بدهید. یادآوری کنید که احساسات آن‌ها موقت است. بگویید من می‌دانم شما بهتر خواهید شد. نوری را در پایان می‌بینم. اینکه شما آن را فعلاً نمی‌بینید طبیعی است.
 - مهر و دلگرمیتان را به آن‌ها نشان دهید. به آن‌ها در بروز احساساتشان کمک نمایید و یا اجازهٔ گریه کردن و یا نشان دادن خشم را به آن‌ها بدهید. به گونه‌ای رفتار کنید که آن‌ها بدانند شما به آن‌ها گوش می‌دهید و درکشان می‌کنید و به خاطر آن‌ها آنجا هستید.
 - آن‌ها را تشویق کنید در جلسات مشاوره و روانشناسی حضور جدی داشته باشد. شما به عنوان مددکار مسئولیت‌پذیری حضور در جلسات برعهده‌ی شماست.
 - حتماً همه لوازم خطرناک مانند اسلحه، چاقو، یا داروها را از دسترس او بردارند.
 - مربیان خانه را از بحران مطلع کنید و آن‌ها را به رعایت برنامه‌ی امنیت (مانند تنها نگذاشتن مراجع و از دسترس خارج کردن وسایل خودکشی و...) مراقب باشید شیوه‌ی اطلاع دادن شما همدلانه و مبتنی بر حساس‌سازی باشد.
 - دخترانی که نشانگان خودکشی را از خود بروز می‌دهند، حتماً باید تحت نظارت و در صورت نیاز درمان روانپزشک قرار بگیرند. با توجه به جدیت موضوع درمان روانپزشکی در اولویت خواهد بود.
 - درگیر کردن مراجع در فعالیت‌های تسلط‌بخش و نشاط‌آور می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. کار تیمی، مشارکت دادن در فعالیت‌های گروهی و هنری، فعالیت‌های ورزشی و... می‌تواند گزینه‌های خوبی باشد. منظور از فعالیت‌های تسلط‌بخش، فعالیت‌هایی است که مراجع در آنها مهارت بالایی دارد. به هر تقدیر مهم این است که مراجع حوزه‌های علاقمندی و لذت خود را مطرح و بسته به آن‌ها در این برنامه‌ها شرکت کند.
- در ارائه این فعالیت‌ها حتماً باید موارد زیر را رعایت کنید:**
- به علاقمندی مراجع توجه شود.

- سعی کنید فعالیت‌هایی را انتخاب کنید که بتوان از ظرفیت خانه‌ی سلامت برای آن استفاده کرد و یا دست کم امکان پیگیری در خانه را داشته باشد.
- در انتخاب فعالیت‌ها حتماً به توانمندی‌ها، علائق و ترجیحات مراجع توجه کنید.
- به مراجع مسئولیت بدهید. مسئولیت نباید بیش از حد انتظار باشد.
- در فرایند انجام فعالیت حتماً تعامل دوستانه‌ای با مراجع برقرار کنید.
- از مراجع بخواهید برای خود همکار یا دستیاری انتخاب کند.
- با مراجع، در خصوص مدت زمان شروع و اتمام پروژه به توافق برسید.
- در زمان انجام پروژه حتماً از افراد مهم خانه بخواهید از دستاوردهای مراجع دیدن کرده و او را تشویق کنند.
- خانواده را در جریان این فعالیت‌ها قرار دهید و از آنها بخواهید مراجع را به انجام آنها تشویق کنند.

مداخله در بحران خودزنی

- در صورتی که مراجعی سابقه خودزنی داشته یا در مرکز اقدام به خودزنی نماید، باید سریعاً اقدامات لازم جهت انتقال او به اولین مرکز مراقبتی و درمانی سلامت روان صورت گیرد و در صورت وجود مخاطرات برای امنیت جان سایر مراجعان و عدم پذیرش کمک از جانب مراجع، اعضای تیم باید هرچه سریعتر درباره انتقال غیردوطلبانه مراجع به بیمارستان تصمیم بگیرند. در این راستا به محض مواجهه با مورد خودزنی، باید اقدامات زیر را انجام دهد:
- از خون فاصله بگیرید و به هیچ وجه بدون دستکش به خون فردی که خودزنی کرده دست نزنید.
 - از بهیاری مرکز درخواست کنید میزان عمق جراحت را بررسی کند. اگر جراحت جدی است با اورژانس ۱۱۵ تماس بگیرید. در غیر این صورت از بهیاری و پرستار مرکز برای پانسمان کمک بگیرید.
 - از بهیاری یا پرستار مرکز کمک بگیرید تا باندی برای پوشاندن سطح جراحت در اختیار مراجع قرار دهد.
 - از بهیاری یا پرستار مرکز کمک بگیرید تا در صورت وجود صدمه خیلی شدید و جدی، زخم را پانسمان کرده و سایر اقدامات اولیه را برای جلوگیری از خونریزی انجام دهد.
 - هرگونه اشیایی که ممکن است منجر به خودزنی مجدد او شود از اطراف او دور کنید.
 - بعد از اقدامات درمانی و بهداشتی، نیازهای فیزیکی و عاطفی مراجع را در فواصل منظم، ارزیابی کنید.
 - به چنین مراجعانی نباید اجازه خروج بدون حضور همراهی از اعضای تیم مراقبت داده شود و در صورتی که مراجع از مرکز فرار کرد هرچه سریع‌تر باید به عنوان مراجع غایبی که دارای عوامل خطر بالاست به پلیس، رئیس مرکز و اعضای تیم گزارش شود.
 - مشاهدات منظم در هنگام شبانه روز از مراجع و مراقبت از او و ثبت تغییرات رفتاری او باید صورت گیرد
 - حادثه اتفاق افتاده باید به صورت کامل به عنوان یک گزارش از بحران ثبت شود.

***** در صورت بروز هرگونه حادثه ناگواری نظیر خودزنی، اقدام به خودکشی و یا مرگ ناشی از خودکشی حتماً باید مراتب سریعاً به دفتر تخصصی در بهزیستی کشور اطلاع داده شود.

۱۰.۶.۵. خدمات مرتبط با ازدواج

در مواردی که دختران در خانه سلامت، در آستانه ازدواج قرار می‌گیرند، مددکار اجتماعی به عنوان حامی مراجع نقش پررنگی را ایفا می‌کند. مددکار اجتماعی موظف است که ضمن بررسی گزینه‌ی پیشنهادی و شرایط او -از نظر اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی و...-، با رعایت اصول حرفه‌ای و درخواست طرفین، سرپرست قانونی و موثر او (سببی یا نسبی) را در جریان قرار داده و اقدامات و حمایت‌های لازم را جهت انجام مشاوره‌های پیش‌از ازدواج به عمل آورد. مددکار می‌بایست بر شرایط عقد نظارت داشته باشد. در این رابطه میزان مهریه، محل زندگی و... از مهمترین مواردی است که مددکار باید رأساً در جریان قرار بگیرد و بیشترین منافع مراجع را دنبال کند.

علاوه بر این تأمین جهیزیه از سازمان‌های حمایتی نظیر کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان بهزیستی و سازمان‌های غیر دولتی و خیریه از مهمترین وظایف مددکاران اجتماعی است تا ضمن رعایت شأن و کرامت انسانی مراجع، شرایط یک ازدواج آبرومندانه و مبتنی بر عرف اجتماع را برای مراجع فراهم آورد. هم‌چنین بعد از ازدواج، مددکار اجتماعی تا حداقل یک سال لازم است به صورت حضوری و تلفنی با مراجع در ارتباط باشد. مددکار باید ارتباط مراجع با مرکز را تقویت کند و از او بخواهد در صورت بروز مشکل حتماً با آنها در تماس باشد.

۱۱.۶.۵. رسیدگی به ترک بدون هماهنگی خانه سلامت

یکی از وظایف مددکار پیگیری ترک بدون هماهنگی است. تمامی فرایند پیگیری از لحظه‌ی اول اطلاع، باید در پرونده ثبت شود لازم است مراتب به مقامات بالاتر در سازمان بهزیستی اطلاع داده شود.

نکته: در صورتی که در حکم قضائی مراجع ذکر شده باشد که در صورت ترک مرکز مراتب به مرکز قضائی-انتظامی اطلاع داده شود، لازم است این مهم توسط مددکار اجتماعی در اسرع وقت طی یک گزارش رسمی پیگیری شود.

مددکار اجتماعی در گزارش خود به مقامات بالاتر بهزیستی می‌بایست گزارشی از وضعیت مراجع با توجه به موارد زیر ارائه کند:

* ارزیابی خطر برای مراجع غایب (گزارش غیبت)

* ارزیابی میزان خطر

* اطلاع سریع به سایر اعضای تیم

* ریسک عوامل خطرزا شامل موارد ذیل هستند:

- مراجع در معرض خودکشی باشد.
- سابقه رفتارهای خودآسیبی داشته باشد.
- به شدت پریشان بوده یا به مشکلات روانشناختی مواجه باشد
- بیمار یا زخمی باشد.
- ممکن باشد به دیگران آسیب بزند.
- در معرض ارتکاب جرم یا دستگیری باشد.
- در رابطه با فرد دیگری باشد که او نیز دارای چنین عوامل خطرزایی است.
- در معرض آسیب باشد.

هم چنین در صورتی که مراجع تمایل به ادامه ماندن در مرکز نداشته باشد با توجه به میزان آسیب‌ها و خطراتی که ممکن است در بیرون از مرکز متوجه او باشد، در نهایت مددکار اجتماعی اگر نتواند مراجع را جهت ادامه‌ی اقامت در مرکز متقاعد کند، با توجه به ضرورت پیگیری‌های قانونی لازم است سریعاً مقامات قضایی را جهت اطلاع و کسب تکلیف در جریان قرار دهد و پیشنهادات خود را در گزارشی که به مراجع مربوطه ارائه می‌دهد ثبت نماید.

در صورتی که مددکار شرایط را برای خروج از مرکز نامناسب ارزیابی کنند، می‌توانند و باید با مراجع رایزنی کنند و او را نسبت به عواقب خروج از مرکز هشدار دهند. به هر تقدیر برای مراجعانی که ممانعت قانونی برای خروج از مرکز نداشته باشند و ارزیابی‌های اولیه نشان دهد، امکان زندگی مستقل برای مراجع وجود داشته باشد، در مرحله اول امکان ترخیص به صورت زندگی مستقل برای مددجو فراهم آید. در صورت اصرار مددجو بر خروج داوطلبانه و عدم قبول مدت زمان اقامت وی در مرکز تا زمان فراهم شدن امکان ترخیص وی به صورت زندگی مستقل برخی اقدامات لازم است پیگیری شود:

- وضعیت بعد از ترک خانه با مراجع بررسی شود. در این ارزیابی مددکار و روانشناس باید به مراجع کمک کند موضوع را از جوانب مختلف بررسی کند. برای نمونه وضعیت مالی، اسکان، امرار معاش، امنیت و... باید به دقت بررسی شود.
- مددکار مراجع را به صبر و بررسی بیشتر دعوت کند و مانع از تصمیم تکانشی و عجولانه‌ی مراجع برای ترک خانه‌ی سلامت شود.
- دلایل خروج از مرکز لازم است بررسی شود.
- بهزیستی شهرستان و استان در جریان امر قرار گیرند.
- مددکار اجتماعی باید گزارش دقیقی از دلیل خروج مراجع تهیه کرده و ضمیمه پرونده او کند. در این گزارش ارزیابی مددکار اجتماعی از خروج مراجع باید حتما ارائه شود.
- تیم تخصصی در مرکز تشکیل شود و موضوع در آن بررسی و گزارش آن در پرونده ثبت گردد.
- یک برگه تاییدیه باید از مراجع دریافت شود و مسئولیت خروج از مرکز باید توسط او پذیرفته شود.
- در اسرع وقت (کمتر از یک روز) مساله به اطلاع سازمان بهزیستی کشور برسد.
- خروج از مرکز به منزله قطع ارتباط مراجع و مرکز نیست. در موارد زیادی خروج قبل از موعد می‌تواند دلیل بر موفقیت پروسه بازتوانی بوده است.

- منابع اجتماعی به مراجع معرفی شود.
- آموزش‌های هنگام خروج به مراجع ارائه شود.
- پیگیری بعد از خروج، برای این دست مراجعان نیز الزامی است.

۵.۷. بازپیوند به خانواده

ارزیابی امکان بازگشت مراجع به خانواده و تلاش برای آن، جزء اولویت‌های سیاستی خانه‌ی سلامت است. این فرایند عموماً با درخواست خانواده و موافقت مراجع برای بازگشت آغاز می‌شود. تضمین امنیت و مصلحت مراجع اصل اساسی در بازگشت به خانواده است. همانگونه که قبلاً اشاره شد لازم است اقدامات زیر قبل از ترخیص انجام شود:

- ارزیابی وضعیت خانواده از نظر امنیت، وضعیت اسکان، امکان رشد و تامین نیازها یا اولیه

- کسب اطمینان از امنیت مراجع و عدم تکرار خشونت
 - ملاقات با اعضای خانواده قبل از ترخیص
 - توافق بر نظارت‌های مستمر مددکار بعد از ترخیص با خانواده و برنامه‌ریزی برای آن
 - تنظیم برنامه‌ی امنیت به اتفاق مراجع
 - آموزش خانواده در رابطه با شیوه‌های حل و فصل اختلافات و تعارضات
 - فراهم کردن مقدمات خداحافظی مراجع از مرکز
- مددکار اجتماعی طبق «فرم بازدید از منزل/ملاقات با خانواده» وضعیت امنیت مراجع را در صورت بازگشت ارزیابی کند. در صورتی که شرایط خانواده به گونه‌ای باشد که امکان بازگشت باشد، اقدامات بعدی پیگیری می‌شود. در این بخش لازم است مجدداً یک ارزیابی از شرایط خانواده ارائه شود:
- علت مراجع برای ترک خانواده و حضور در خانه سلامت
 - شرایط قبلی و پیش‌بینی شرایط فعلی امنیت مراجع در خانواده
 - امکان خطر در صورت بازگشت
 - نظر اعضای خانواده برای بازگشت مراجع به خانواده
 - شرایط اسکان خانواده و مراجع در خانواده
 - وضعیت رفاهی خانواده
 - میزان پذیرش مراجع از جانب اعضای خانواده
 - میزان تمایل و آمادگی خانواده برای بهبود شرایط خانواده و حذف موقعیت‌های مساله‌ساز
 - میزان تمایل خانواده به همکاری با خانه‌ی سلامت
- میزان تمایل و آمادگی خانواده برای همکاری در نظارت‌های پس از بازگشت مراجع به خانه
- با بررسی جوانب موضوع که در «فرم بازدید از منزل/ملاقات با خانواده» ملاحظه می‌کنید، در مواردی می‌توان مراجع را به خانواده بازگرداند. خانواده‌هایی که از شرایط زیر برخوردارند را می‌توان جزء این دسته در نظر گرفت:
- خانواده‌هایی که شرایط امنیت و رشد مراجع در آنها فراهم است:**
- والدین و یا فرد مراقبی در خانواده وجود دارد که مراقبت از مراجع را برعهده بگیرد.
 - حداقل‌های رفاهی مراجع در خانواده فراهم باشد و یا امکان فراهم کردن آن توسط مددکار اجتماعی فراهم باشد.
 - مصرف مواد در خانواده به شکل آسیب‌زایی وجود نداشته نباشد.
 - خشونت جدی در خانواده وجود نداشته باشد.
 - خانواده از نظر اخلاقی، برای حضور مراجع آماده باشد و سلامت مراجع را تهدید نکند.
 - خطری مراجع را تهدید نمی‌کند.
 - شرایط تحصیل برای دختران در سن تحصیل وجود داشته باشد.

■ موانع تهدیدکننده‌ی امنیتِ مراجع در خانه برطرف شده باشد و تضمین قانونی برقراری امنیت از طرف سرپرستان در خانواده وجود داشته باشد.

در مواردی که امکان بازگشت به خانواده از جانب مددکار اجتماعی و سایر اعضای تخصصی خانه‌ی سلامت تشخیص داده می‌شود، لازم است اقدامات و تمهیدات برای تضمین موفقیت فرایند ترک مراقبت صورت گیرد. بازگشت به خانواده نیازمند بسترسازیها و اقداماتی است که باید در خانواده اتفاق بیفتد.

جهت بازپیوند به خانواده لازم است برخی اقدامات صورت پذیرد:

- آموزش خانواده در خصوص برقراری ارتباط صحیح با مراجع
- حمایت‌یابی جهت کمک به خانواده برای برطرف کردن نیازهای اصلی
- تسهیل‌گری شرایط ادامه‌ی تحصیلات و یا حرفه‌آموزی در خانواده
- عقد پیمان همکاری با خانواده در خصوص عدم آسیب به مراجع و تسهیل شرایط تحصیل مراجع

در صورتی که خانواده شرایط بازگشت مراجع را دارد مددکار اجتماعی می‌تواند با هماهنگی سایر اعضای تیم تخصصی مراقبت در خانه‌ی سلامت شرایط بازگشت به خانواده را در دستور کار قرار دهد. در این رابطه مددکار اجتماعی باید ابتدا گزارشی از وضعیت خانواده (شامل گزارش وضعیت فرهنگی، رفاهی و اقتصادی، امنیت، پذیرش مراجع و...) در اختیار تیم قرار دهد. مددکار اجتماعی می‌بایست تشخیص خود را ضمیمه‌ی گزارش کند. در این گزارش دلایل موافقت یا مخالفت خود را برای بازگشت مراجع به خانواده کامل شرح داده و در کمیته‌ی مربوطه مطرح کند. مددکار اجتماعی بر سه نکته‌ی (۱) وضعیت خانواده، (۲) نظر مراجع و (۳) نظر خانواده می‌بایست تاکید کند. هر سه شرایط باید فراهم باشد.

در صورتی که تیم مراقبت نیز با بازگشت مراجع موافق بودند، مددکار اجتماعی می‌بایست اقدامات زیر را به ترتیب انجام دهد:

۱.۲.۵. ملاقات با خانواده‌ی مراجع

مددکار اجتماعی بعد از دریافت اطلاعات از مراجع و هماهنگی با او و سایر اعضای نیم می‌تواند با خانواده، یک جلسه ملاقاتی ترتیب دهد. در این جلسه بسته به نظر مراجع، می‌تواند با حضور طرفین باشد و یا بدون حضور مراجع. در صورت حضور مراجع مددکار اجتماعی باید جلسه تمرینی با مراجع جهت ایجاد هماهنگی‌های لازم ترتیب دهد. همچنین قبل از جلسه، خانواده را نیز برای رویارویی با مراجع آماده کند. در این جلسه مددکار اجتماعی می‌بایست در خصوص وضعیت مراجع توضیحاتی را به اعضای مهم خانواده که حتماً باید حضور داشته باشند ارائه دهد:

- شرایطی که باعث رانده شدن مراجع از خانواده شده و می‌شود.
- نیازهای مراجع

- نگرانی‌ها و تجارب دشوار مراجع
 - تمایل مراجع به بازگشت به خانواده
- مددکار اجتماعی در صورت لزوم درخواست‌های خود برای آماده‌سازی شرایط برای بازگشت مراجع به خانواده را با خانواده در میان گذاشته و بر اجرای آن نظارت خواهد داشت. برای نمونه مددکار می‌تواند از خانواده بخواهد اقدامات لازم برای ثبت نام در مدرسه را دنبال کنند.
- مددکار اجتماعی در این جلسه‌ی اولیه باید میزان تمایل خانواده و وضعیت امنیت خانواده را خود رآسا ارزیابی کند. در پرسش‌های زیر می‌تواند برای این ارزیابی راهگشا باشد:
- در صورتی که فرزند شما به خانواده بازگردد، تا چه اندازه امکان تکرار شرایط فعلی وجود دارد؟
 - چرا فکر می‌کنید شرایط فعلی خانواده با گذشته متفاوت است؟
 - در صورت بازگشت به گذشته چه اقداماتی برای ممانعت از ترک منزل فرزندان پیش می‌گرفتید؟
 - در صورت بروز مشکلات مشابه، چه رفتاری با فرزندان خواهید داشت؟
 - به نظر شما می‌توان از تنبیه برای واداشتن فرزند خود به اطاعت و همکاری بهره گرفت؟
- در صورتی که مددکار اجتماعی مطمئن شد، امنیت مراجع برقرار است و هیچ خطر جدی او را تهدید نمی‌کند، می‌تواند سایر شرایط بازگشت به خانواده را پیگیری کند.

۲.۵.۷. ارزیابی آمادگی مراجع برای ترک مراقبت

- در مرحله پایانی لازم است تا طبق مدل مدیریت مورد، نتایج مورد انتظار را با مشارکت مراجع و سایر اعضای تیم مجدد مورد ارزیابی قرار داده و بر مبنای نتایج و فرایند، تغییرات احتمالی و مورد نیاز در برنامه صورت گیرد. این ارزیابی که طبق دو فرم «ارزیابی آمادگی خانواده جهت ترخیص و بازگشت مراجع به خانواده» و «آمادگی مراجع برای ترخیص» انجام می‌شود، می‌تواند به مددکار اجتماعی و مراجع کمک کند تا برای جدایی و ترخیص، آمادگی بیشتری را جهت پیش‌بینی اقدامات و تصمیم‌گیری درباره ادامه یا خاتمه حضور در مرکز، داشته باشند.
- ارزیابی نتایج می‌تواند از طریق تهیه چک لیستی شامل موارد ذیل صورت گیرد:
- اهداف محقق شده در برنامه (درصد محقق شده؟، درصد محقق نشده؟، درصد جزئی محقق شده؟)
 - وابستگی مراجع به درمان براساس ملاکهای ذیل:
 - افزایش حضور مراجع در جلسات درمان
 - کاهش حضور مراجع در درمان‌های برنامه‌ریزی نشده
 - تغییر در وضعیت مربوط به سلامتی (براساس آزمایشها و تستهای مربوط به سایر متخصصان)
 - تغییر در وضعیت عملکردی مراجع و میزان ناتوانی او
 - تغییر رفتاری مراجع (افزایش خودمدیریتی)

- ارزیابی مجدد خطر در محیط اجتماعی بیرون از مرکز. آیا موانع محیطی نظیر خشونت‌ها و رفتارهای انحرافی در خانواده برطرف شده است؟
- آیا منابع اجتماعی بالقوه مراجع بالفعل شده‌اند و یا اینکه موانع در دستیابی به منابع موجود برای مراجع رفع گردیده است؟

۳.۷.۵. بسترسازی برای بازگشت مراجع به خانواده

همان‌گونه که مبرهن است درصد قابل توجهی از خانواده‌های دختران مراجعه‌کننده به خانه‌ی سلامت در شرایط رفاهی و اقتصادی و سلامت روانی نابسامانی به سر می‌برند. فقر و بیکاری (سلمانی و همکاران، ۱۳۸۶)، فقر فرهنگی و نا آگاهی (بجنوردی، ۱۳۸۶ به نقل از آقابایگلو، ۱۳۸۰)، فرهنگ خشونت در خانواده، تنش در خانواده، اختلالات روانشناختی و روانپزشکی اعضای خانواده نظیر افسردگی (کانل و کریک، ۲۰۰۳ و خوشابی، ۱۳۸۲ به نقل از تکفلی، ۱۳۹۲)، مصرف مواد و الکل (واتسون، ۲۰۰۵ و آقابایگلو، ۱۳۸۰)، طلاق و از هم پاشیدگی خانواده (سلمانی و همکاران، ۱۳۸۶) و... از عوامل خطر مهم در خانواده‌ی دختران در معرض خطر و آسیب‌پذیر است. به هر تقدیر بازگشت مراجع به خانواده مستلزم مداخلات مددکار اجتماعی در بافتار اقتصادی، روانی، ارتباطی و سلامتی خانواده است. در این رابطه مددکار اجتماعی به صورت کلی می‌تواند اقدامات زیر را به صورت نظام‌مند و اصولی، در یک بازه‌ی زمانی معقول پیگیری کند:

- ترغیب عضو یا اعضای مصرف‌کننده به درمان اعتیاد
 - بسترسازی‌های لازم برای ورود به درمان نظیر تأمین هزینه‌های مالی درمان و شناسایی مراکز صاحب‌صلاحیت و نیز برقراری ارتباط با این مراکز
 - پیگیری درمان اختلالات روانپزشکی اعضای خانواده
 - حمایت‌یابی برای تأمین نیازهای مالی جدی و اولیه خانواده
 - پیدا کردن حامی مالی برای خانواده
 - فراهم کردن اسکان مناسب برای خانواده از طریق تأمین هزینه‌های رهن و یا اجاره منزل توسط سازمانهای دولتی مرتبط و یا خیرین
 - پیدا کردن حامی تحصیلی و مالی برای دانش‌آموزان
 - ارجاع خانواده به کلاسهای کنترل خشم و یا آموزش در محل خانواده و یا آموزش توسط متخصصین خانه‌ی سلامت
 - جستجوی شغل برای خانواده
 - نفوذ در خانواده از طریق افراد معتمد و متنفذ خویشاوندی، محلی و دینی برای ممانعت از تکرار خشونت علیه دختران و زنان خانواده
 - جستجوی کمک‌های موردی برای خانواده
- فراهم نمودن شرایط بازگشت مراجع به خانواده، از جمله مهمترین اقدامات مددکار اجتماعی در بازگرداندن مراجع به خانواده‌ایی است که امکان بازگشت به خانواده تا حدی فراهم است. لازم به ذکر است موفقیت در این زمینه به ارزیابی دقیق خانواده، اعتمادسازی در خانواده و توانایی در حمایت‌یابی و پیگیری مستمر شما دارد.

ارزیابی احتمال فرار از منزل

بخشی از مراجعان خانه سلامت، دخترانی هستند که ممکن است سابقه فرار از منزل داشته‌اند یا در صورت بازگشت به خانواده، اقدام و برنامه‌ای برای آن داشته باشند. ممکن است حضور فعلی او در خانه‌ی سلامت به دنبال فرار از منزل بوده باشد. کار با چنین مراجعانی نیازمند حساسیتها و اقدامات ویژه برای مددکار اجتماعی است. اولین گام، پرسش درباره وجود سابقه چنین اقدامی در مراجع است تا بتوان متناسب با شرایط برای او ارزیابی و برنامه امنیت مناسب را تدارک دید. دختران به دلایل مختلفی از خانه فرار می‌کنند و به دوستان و خویشاوندان پناه می‌برند اما به دلیل اینکه اکثر آنها مکانی امن برای پناه بردن ندارند اکثراً به محیطهایی چون خیابان، پارک پناه آورده و یا به افراد غریبه متوسل می‌شوند که در اکثر این موارد ممکن است آسیبهای جسمانی، روانی و جنسی در کمین آنها باشد. حتی ممکن است برخی در اعمال مجرمانه مشارکت کرده و دستگیر شوند و در بعضی موارد توسط مقامات قضایی به خانواده بازگردانده شوند. به هر تقدیر بخشی از این دختران با توجه به این که وارد رفتارهای مجرمانه و بی بند و باری جنسی نشده‌اند، به خانه‌های سلامت ارجاع داده می‌شوند تا شرایط بازگشت به خانواده، اجتماعی و توانمندسازی آنها پیگیری شود. در همین راستا پژوهش‌ها عوامل اصلی گرایش به فرار از خانه در دختران را چنین برشمرده‌اند: سوءرفتار والدین؛ نوع رابطه والدین و فرزندان؛ اختلاف شدید با خانواده و درگیری بین اعضاء آن؛ نابسامانی خانواده؛ طلاق یا متارکه والدین؛ وجود ناپدری یا نامادری در خانه؛ فقر فرهنگی؛ بی‌سوادی؛ اعتیاد و تاثیر گروه همسالان. مواردی که مددکار اجتماعی در برخورد با مراجعان دارای سابقه فرار باید به بررسی آنها بپردازد شامل موارد زیر است:

- دفعات فرار از منزل
- علل فرار
- احساس مراجع در هنگام فرار (آیا به عواقب آن فکر کرده است یا راه‌های دیگر را امتحان کرده است)
- شرایط و احساسات مراجع بعد از فرار
- بررسی اقداماتی که مراجع برای فرار و پس از آن انجام داده است.
- آسیب‌هایی که مراجع در هنگام فرار و پس از آن تجربه کرده است (نوع و شدت آنها)
- بررسی اثرات آسیب‌های احتمالی در بیرون از منزل
- میزان امنیت و نحوه سکونت و محل آن در زمان فرار
- شناسایی افراد حامی و نوع حمایت آنها بعد از فرار
- بررسی احتمال تکرار فرار
- بررسی انگیزه‌ی مراجع و شرایط مدنظر مراجع برای بازگشت به خانواده
- بررسی میزان تمایل خانواده برای پذیرش مراجع بعد از فرار
- شناسایی افرادی که در بازپیوند به خانواده می‌توان از آنها کمک گرفت.
- نظر مراجع در خصوص شیوه‌ی بازگشت به خانواده

بررسی شرایط فوق، برای اقدام حرفه‌ای در راستای برنامه‌ریزی و ارزیابی مهارت‌های مراجع ضروری است. به هر روی مددکار اجتماعی لازم است اقدامات مربوط به بازپیوند مراجع به خانواده را در صورتی که شرایط بازگشت فراهم است، دنبال کند و یا در صورت فقدان چنین شرایطی باید بر توانمندسازی مددجو و آماده‌سازی وی برای زندگی مستقل، زمینه ارجاع وی به سایر قسمتهای درون و برون سازمانی، ارجاع به سایر منابع حمایتی از جمله سایر بستگان مطمئن و سایر تصمیماتی که با توجه به شرایط مددجو(فرهنگی، تحصیلی، هوشی، حرفه آموزشی و...) با موافقت خود مددجو و اعضای تیم تخصصی اتخاذ می‌گردد، فراهم شود و خدمات لازم را دریافت کند.

۵.۷.۴. تدوین برنامه امنیتی

برنامه امنیتی اقداماتی است که قربانی خشونت خانگی در حین ادامه‌ی رابطه یا برنامه‌ریزی جهت قطع رابطه در پیش می‌گیرد. این برنامه باید نوشته شود (و در مکانی که مرتکب نتواند آن را پیدا کند نگه‌داری شود) تا قربانی بتواند در صورت لزوم آن را مرور کند (مک کلاسکی و گریزی، ۲۰۰۵). همچنین باید رونوشتی از برنامه به یکی از دوستان، اعضای خانواده یا فرد مطمئن دیگری داده شود (برلینگر، ۱۹۹۸؛ مک کلاسکی و گریزی، ۲۰۰۵). برنامه‌ریزی، قربانیان را توانمند می‌سازد و سبب می‌شود بتوانند کنترل زندگی خود را در دست بگیرند. جزئیات برنامه‌های امن در محیط آنلاین و نیز در پناهگاه‌های محلی در دسترس است.

برنامه‌ریزی امنیتی زمانی واقع‌گرایانه خواهد بود که در تنظیم آن، موانع محیطی شناخته شود و مد نظر قرار گیرند. مددکار باید مراجع را کمک کند تا برنامه‌ای تنظیم کند که حافظ امنیت قربانی است (مک کلاسکی و گریزی، ۲۰۰۵). مددکار قبل از ترخیص مراجع باید با مرتکبان نیز دیدار کنند تا با آنها هم توافق برسند؛ آموزش‌های لازم و هشدارهای لازم را به آنها ارائه کنند. همچنین در صورت لزوم، افراد متعهد دیگر دخالت داده شوند تا از خودکشی و دیگرکشی ممانعت به عمل آید (برلینگر، ۱۹۹۸).

برنامه‌ی امنیتی

لازم است مددکار اجتماعی در تدوین برنامه‌ی امنیتی برخی نکات کلیدی را رعایت کند:

- انتخاب یک مکان امن در خانه که قربانی در صورت بروز خشونت بتواند به آن پناه ببرد (اگر قربانی با مرتکب زندگی کند).
- قرار دادن اسناد و اشیاء مهم (کارتهای شناسایی، دفترچه‌ی بیمه سلامت یا تامین اجتماعی یا هر نوع دفترچه‌ی بیمه‌ی دیگری، کارتهای اعتباری، دسته چک، پول، کلیدها، تلفن همراه، گواهینامه، کارت ماشین) در مکانی که بتوان در حین فرار به راحتی آنها را برداشت.
- دادن لباس‌های اضافی یا اقلام دیگر به یک فرد مورد اعتماد
- تماس با پلیس در صورت تهدید قربانی.
- چاپ یا ذخیره‌ی هرگونه پیام تهدیدآمیز از سوی مرتکب، به منظور کمک به فرایند اعمال قانون قبل از ترخیص نکات زیر را یادآوری کنید:
- در شرایطی که احتمال خشونت بالاست با پلیس (۱۱۰) تماس بگیرید. می‌توانید با ۱۲۳ هم تماس بگیرید.
- به مرکز مداخله در بحران یا خانه‌ی سلامت بروید (آدرس و شماره تلفن آنجا را داشته باشید).
- ممکن است در حال حاضر در امنیت باشید اما به یاد داشته باشید که ممکن است نیاز شود با یک مرکز حمایتی تماس بگیرید.
- اگر با مرتکب در یک جاذبه‌ی می‌کنید و خشونت در همان جاذبه می‌دهد از اتاق‌هایی که دری به سوی بیرون ندارند یا در آنها سلاح گرم و سرد هست اجتناب کنید (مثل آشپزخانه، حمام، اتاق خواب و پارکینگ).
- دو یا سه نفری که حامیان اصلی شما هستند و از موقعیت شما آگاه هستند و می‌توانند در هنگام بحران به شما کمک کنند را معرفی کنید.
- با خانواده و دوستانی که می‌توانند شما را در امنیت نگه دارند- یعنی شما را از مرتکب مخفی نگه دارند- بمانید.
- همسایه‌ها را از وضعیت خود مطلع کنید- از آنها بخواهید اگر متوجه چیز مشکوکی شدند با پلیس تماس بگیرند.

- میان خود، دوستان و همسایگان یک «کلمه‌ی رمز» قرار دهید تا در صورت لزوم بتواند تماس بگیرند و کمک بخواهند.
- یک «بسته‌ی امنیتی» درست کنید و در یک مکان امن در دسترس قرار دهید- پول اضافه، لباس، اسناد، کلیدهای یدک، بلیط اتوبوس، سکه برای تلفن یا خشکشویی.
- هر هفته مقدار کمی پس‌انداز کنید و در مکانی که فقط خودتان می‌دانید مخفی کنید (نه در ماشین یا بانکی که فرد آزارگر به آن دسترسی دارد).

۵.۷.۵. برنامه‌ریزی ترک مراقبت

به دنبال اقدامات صورت گرفته در مرحله‌ای از دوره اقامت با تشخیص مراجع و مددکار اجتماعی، هدف توانمندی و جامعه‌پذیری برای مراجع محقق می‌شود. در این مواقع و در صورت تمایل مراجع دوره اقامت به اتمام

می‌رسد. نمونه‌هایی که می‌توان از این موقعیت‌ها نام برد زمانی است که مراجع به خانواده برمی‌گردد و یا توانسته محل مناسبی برای اسکان خود تهیه کند. به هر صورت زمانی فرا می‌رسد که مراجع از مرکز ترخیص می‌شود. برای این کار قطعاً مقدماتی لازم است که در بخش مقدماتی ترخیص شرح داده شد. برای ترخیص مراجع از خانه‌ی سلامت مراحل زیر باید طی شود:

- اعلام زمان رفتن مراجع از دو هفته قبل از اتمام دوره
 - ارائه آدرس و اطلاعات راجع به منابع اجتماعی
 - آموزش مهارت‌های کاهش آسیب و ارائه برنامه امنیت برای مراجعان در معرض آسیب
 - تحویل وسایل به مراجع
 - جلسه‌ی خداحافظی گروهی از مراجع
 - بدرقه مراجع و دعوت از او برای ملاقات مجدد از مرکز و بستن قرارداد حرفه‌ای با او در این باره (فرم شماره ...)
- لازم به ذکر است که قبل از ترخیص، باید نسبت به صحت اطلاعاتی که در مورد شماره تماس و آدرس‌هایی که شماره تماس و آدرس‌هایی که مراجع قبلاً ارائه داده است، اطمینان حاصل شود. از آن‌جا که پیگیری‌های مستمر از مهم‌ترین بخش‌های فرایند کار خانه‌ی سلامت است در اختیار داشتن اطلاعات خانواده، اطرافیان، خویشاوندان و دوستان و همکاران مراجع الزامی است.
- مراجع ممکن است به دلایلی نظیر یافتن شغل و مسکن پایدار، ازدواج یا بازگشت به خانواده و خویشاوندان، در آستانه ترخیص و خروج از مرکز قرار بگیرد. پیش از ترخیص، لازم است تا مراجعان با برنامه‌ای مشخص و قابل ارزیابی، آمادگی اولیه را با کمک مددکار اجتماعی خود کسب نمایند.
- مراکز اقامتی و شبانه‌روزی در کنار مزایای بسیار زیادی که دارند یک آسیب بسیار جدی را در بطن خود حمل می‌کنند و آن عدم انطباق محیط درون سیستم با محیط واقعی بیرون است. یکی از اهداف مهم برنامه آمادگی مراجعان برای زندگی مناسب خانوادگی و اقتصادی خودکفا و مبتنی بر توانمندی در جامعه است.
- از مهمترین اقدامات مددکاران اجتماعی، ایجاد شبکه‌ی از اجتماعی برای مراجع در زمان اقامت او در مرکز بین سایر همسالان و خانواده و هر محیط حمایتی و تیم مراقبتی او در خانه سلامت به منظور مدیریت بعد از ترخیص است. این شبکه حمایتی از طریق مذاکرات و اقدامات و برنامه‌ریزی‌های کوتاه مدت و میان مدتی که مددکار اجتماعی در زمان پذیرش و اقامت مراجع در خانه انجام داده است ایجاد خواهد شد. درواقع مددکار اجتماعی همواره باید به گونه‌ای برنامه‌ریزی و اقدام کند که پیش‌بینی‌های لازم برای مدیریت ترخیص مددجو صورت گرفته باشد و در زمان ترخیص، غافلگیر نشود.

آموزش مهارت‌های زندگی اجتماعی در کنار تعیین تکلیف شغلی و خانوادگی و مسکن برای مراجعان خانه سلامت از اقداماتی است که می‌تواند یک ترخیص موفق و قابل ارزیابی را امکان‌پذیر سازد.

اگرچه کار با خانواده می‌تواند هم نتایج مثبتی به بار آورد و هم پیامد منفی داشته باشد، معیار موفقیت کار

غالباً تغییراتی است که هفته‌ها و حتی ماه‌ها پس از خاتمه کار ادامه پیدا می‌کند. مددکار اجتماعی با اجرای برنامه پیگیری، از موقعیت خانواده مطلع می‌شود. تمرکز بر نتایج، مددکار اجتماعی را هدایت خواهد کرد تا برای ایجاد تغییر کار کند، بر مشکلاتی که می‌توان به صورت واقع بینانه حل کرد متمرکز شود و به توانایی خانواده برای غلبه بر مشکلات آینده بیندیشد (Haley, ۱۹۷۶). هنگامی که مددکار اجتماعی برای پیگیری موقعیت خانواده با آن‌ها تماس می‌گیرد باید توضیح دهد که این روش طبیعی کار است. مثلاً می‌گوید: گما همیشه با خانواده‌هایی که با آن‌ها سروکار داریم تماس می‌گیریم تا از وضعیتشان مطلع شویم." هم چنین پیگیری باید مبتنی بر یک هدف خاص و روشن باشد. مثلاً تقویت تغییراتی که در خانواده رخ داده‌اند. پیشنهاد می‌شود برای تقویت بیشتر نتایج، جلسات به صورت چهره به چهره و حضوری و کمتر تلفنی باشد.

میزان تغییراتی که در پی فرایند مددکاری خانواده رخ داده‌اند باید در همه سطوح ارزیابی شود از جمله: سطوح فردی، والد-کودک، زناشویی و سامانه خانواده. گورمن و کنیسکرن (۱۹۸۱) می‌گویند تغییرات مثبت سطح بالا در صورتی رخ می‌دهد که اصطلاحاً صرفاً در سطح فردی رخ ندهند و همه تعاملات نظام‌مند (کل خانواده) یا روابط (دوتایی) آشکارا بهبود یافته باشند. یعنی تغییر یک عضو خانواده منطقیاً مستلزم تغییر سامانه خانواده نیست اما تغییر پایدار سامانه، هم مستلزم تغییر افراد است و هم تغییر روابط؛ تغییر روابط نیز مستلزم تغییر افراد است. معیار دیگر نتایج، ارزیابی عملکرد متخصص است. شایستگی و قابلیت مددکار اجتماعی مهمترین عامل موفقیت در مددکاری اجتماعی است. همانطور که تعیین هدفهای مربوط به تغییر رفتار خانواده به فرایند تغییر کمک می‌کند، تعیین هدف‌هایی برای عملکرد حرفه‌ای خویش نیز به فرایند تغییر شما کمک می‌کند تا یآوری آزموده‌تر و ماهرتر شوید. در همین راستا بر گه خودسنجی برای ثبت مهارت‌های جدیدی که در کار با هر کیس بعد از خاتمه و ترخیص کسب می‌کنید، تنظیم شده است.

مهارت های کار با حوزه های خاص مشکل:

مهارت های کار با حوزه های خاص مشکل:

روش های جدید مداخله:

خود آگاهی در مورد توانمندی ها و حوزه های مشکل:

در کار با این مورد من توانستم در موارد زیر بهترین اقدام را انجام دهم:

در کار با این مورد مطالب زیر را آموختم:

در کار با این مورد نکاتی را آموختم که برای کارهای بعدی به من کمک خواهند کرد از جمله:

۵.۷.۶. بازگرداندن مراجع به خانواده

- خانه سلامت ضمن اطلاع کتبی و دریافت رضایت نامه از سازمان بهزیستی شهرستان و نیز مرجع قضائی، لازم است برخی اقدامات را مدنظر قرار دهد:
- جلسه ترخیص با حضور مدیر خانه، مددکار، روانشناس و مشاور حقوقی در صورت امکان برگزار شود.

- توضیحات نهایی برای داشتن یک زندگی آرام و توأم با موفقیت و رشد به خانواده و مراجع داده شود.
- وظایف طرفین در خانواده □ همانند بایدها و نبایدها- تنظیم شود و طرفین باید آن را بپذیرند.
- قراردادی همانند نمونه‌ی زیر به امضای طرفین برسد.
- به خانواده و البته مراجع توضیح داده شود، در صورت تکرار وضعیت امکان پیگیری قانونی برای مشاور حقوقی خانه‌ی سلامت محفوظ است.
- شرایط ارتباط با خانه‌ی سلامت برای طرفین توضیح داده شود.
- برنامه‌ی پیگیری‌های تلفنی و حضوری □ همانند آنچه در ادامه در بحث پیگیری‌های پس از ترخیص اشاره می‌شود- را به خانواده و مراجع توضیح دهید.
- مراجع و خانواده باید تعهد دهند آماده‌ی هرگونه همکاری تخصصی با خانه‌ی سلامت هستند.

به نام خدا

صورت جلسه‌ی توافق سه‌جانبه‌ی مراجع، خانواده و مددکار اجتماعی

پیرو جلسه‌ای که در تاریخ/...../..... با حضور مراجع، مددکار اجتماعی (و سایر همکارانی که حضور داشتند) و از خانواده/بستگان مراجع در محل برگزار شد، در خصوص بازگشت مراجع به خانواده تصمیم‌گیری شد. طبق تصمیمی که به توافق طرفین رسید، قرار شد هر کدام از طرفین برخی تعهدات را بپذیرند و برای انجام آن اقدامات متناسبی را دنبال کنند که به شرح زیر است:

مقرر گردید خانواده‌ی مراجع به هیچ وجه از خشونت فیزیکی و محرومیت برای کنترل و تنبیه مراجع استفاده نکند. در این رابطه پدر خانواده هر گونه بازدید و ملاقات مددکار اجتماعی را پذیرفت.

مراجع پذیرفت که با برخی از دوستانش به نامهای، و قطع ارتباط کند و عادت دیر برگشتن به منزل در ساعات منتهی به شب را ترک کند. قرار بر این شد در صورت بروز چنین رفتاری از مراجع، مددکار از جانب خانواده در جریان قرار گرفته و اقدامات متعاقب صورت پذیرد.

مددکار اجتماعی وظیفه‌ی پیگیری حکم خروج از مرکز مراجع و انجام برخی حمایت‌های موردی و فوری برای خانواده را پذیرفت.

مراجع	اعضای خانواده و بستگان	مددکار و سایر همکاران خانه
امضا	امضا	امضا

دست آخر مددکار اجتماعی پس از ترخیص مراجع، گزارش کاملی از تمام اقدامات و مداخلات صورت گرفته را ضمن پیوست پرونده‌ی مراجع به سازمان بهزیستی ارائه می‌کند. مددکار باید طبق آنچه مورد توافق قرار گرفته برنامه‌ی پیگیری‌های پس از ترخیص را در دستور کار قرار دهد.

۵.۸. خاتمه رابطه حرفه‌ای

در هر رابطه حرفه‌ای و با توجه به اهداف سازمانی که در آن مشغول به ارائه خدمت هستید زمانی فرا می‌رسد

که مراجع و مددکار اجتماعی باید جهت خاتمه رابطه و ترخیص، آماده شوند. با توجه به رویکردهای مبتنی بر نقاط قوت و راه‌حل‌محور که از رویکردهای اصلی زیربنایی این دستورالعمل است، متخصص از آغاز کار، اهدافی را با مراجع خود تعیین و مدت زمانی را برای تحقق آن در نظر گرفته است. به این ترتیب تخمین زمان مناسب جهت خاتمه رابطه حرفه‌ای میان مراجع و مددکار اجتماعی، قابل پیش‌بینی خواهد بود. در هر جلسه، مددکار اجتماعی، میزان پیشرفت‌ها و فعالیت‌های باقی مانده را ارزیابی کرده و از مراجع می‌خواهد تا به ادامه مسیر تحقق اهداف بیندیشد و با یکدیگر به برنامه‌ریزی برای خاتمه می‌پردازند. پس از دستیابی به اهداف، زمان آن فرا می‌رسد تا با کمک به حفظ فرایند تغییر و تقویت آن، رابطه حرفه‌ای خاتمه یابد. نمونه‌ای از سوالات که در مرحله خاتمه دادن به مداخله می‌توان مطرح کرد عبارتند از (اوکانل، ۱۹۹۸):

- چه کاری انجام خواهید داد تا مطمئن شوید که دوباره با مشکل مواجه نخواهید شد؟
- تا چه اندازه به دنبال کردن برنامه‌های اقدام اطمینان دارید؟
- برای ادامه دادن به این برنامه به چه کمک‌هایی نیاز خواهید داشت؟
- انتظار دارید دشوارترین چالش پیش‌روی شما بعد از ترخیص چه باشد؟
- چه موانعی ممکن است بر سر راهتان وجود داشته باشد و چگونه بر آنها غلبه خواهید کرد؟
- اگر باز هم مشکلی برایتان پیش‌بیاید چه اقدامی انجام خواهید داد؟
- چه چیزی آن قدر برایتان مفید است که ارزش تلاش داشته باشد؟
- چه کسی قصد دارد به شما کمک کند؟ تصور می‌کنید چه کسی باز هم برای شما مشکل ایجاد خواهد کرد؟
- کارهایی را که به شما کمک می‌کند چگونه به خودتان یادآوری خواهید کرد؟
- اگر شش ماه دیگر در یک مکان عمومی یکدیگر را ببینیم با توجه به همه تغییراتی که تا به حال داشته‌اید درباره خودتان به من چه خواهید گفت؟

مددکار اجتماعی باید مداخله را با همکاری و موافقت مراجع خاتمه دهد زیرا ممکن است او فرایند را پایان یافته نداند. محققان نتیجه گرفته‌اند که متخصصان نباید در خاتمه دادن رابطه حرفه‌ای عجله کنند و لازم است در طول فرایند بارها پرسند که آیا به آنچه مورد توافق بوده است دست یافته‌اند یا خیر. هم چنین مددکاران اجتماعی باید توجه داشته باشند که محیط کاملاً راحتی برای مراجعان فراهم کنند تا بتوانند صادقانه درباره فرایند، از جمله طولانی‌تر شدن مداخله اظهار نظر کنند.

از طرف دیگر اغلب موارد با تکیه بر رویکرد نظری بوم‌شناختی و سیستمی، ایجاد برخی تغییرات و مداخلات در محیط زندگی مراجع نیز جهت آمادگی برای ترخیص و خاتمه رابطه حرفه‌ای ضروری است. بدون تغییر در سامانه‌ی زندگی مراجعان، نمی‌توان به ثبات شرایط پس از ترخیص چندان امیدوار بود. قبل از ترخیص به مددجو یادآوری کنید که شما و سایر همکاران برای کمک به او در مرکز حضور دارید و می‌تواند پس از ترک مراقبت نیز در زمانی که احتیاج به کمک دارد می‌تواند با تلفن مرکز تماس بگیرد.

۵.۹. پیگیری‌های پس از ترک مراقبت

هدف از پیگیری، تداوم حمایت است. بهترین اقدامات و مداخلات بدون پیگیری و نظارت‌های بلندمدت، بی‌ارزش خواهد بود و هیچ گاه نمی‌تواند به اهداف مطلوب مورد نظرش دست یابد. بنابراین یکی دیگر از مهمترین وظایف مددکار اجتماعی در خانه سلامت، علاوه بر پیگیری‌ها در مدت زمان اجرای برنامه و اقامت در مرکز، پیگیری‌های قابل ارزیابی بعد از ترخیص از مرکز است.

مراجعان خانه‌ی سلامت در طی دوره‌ی اقامت خود در مرکز به طرق مختلفی از مرکز ترخیص می‌شوند. این افراد یا به خانواده وصل می‌شوند و یا در محل جدیدی اسکان می‌یابند و یا نهایتاً با اتمام دوره‌ی اقامت باید از مرکز خارج شوند. خدمات خانه‌ی سلامت نباید تنها به زمان اسکان فرد ختم شود؛ پیگیری از جمله مهم‌ترین مراحل خدمت‌رسانی است و به عنوان آخرین مرحله فرایند توانمندسازی از اهمیت فراوانی برخوردار است. پیگیری‌های منظم و دوره‌ای پس از ترخیص مراجع الزامی است. این پیگیری‌ها به دو شیوه‌ی حضوری و تلفنی صورت می‌گیرد. در پیگیری تلفنی علاوه بر تماس با خود مراجع می‌توان با سایر افرادی که با مراجع در ارتباط هستند نیز تماس گرفت و اطلاعات لازم را از آنها دریافت کرد.

در پیگیری‌های حضوری مددکار اجتماعی مرکز از محل زندگی و یا کار مراجع بازدید می‌کند. بررسی شرایط پس از ترخیص، انگیزه و رضایت مراجع، شرایط محیط، میزان درآمد و روابط خانوادگی و کاری او باید به صورت منظم در فرم بازدید منزل یا بازدید از محل کار «فرم پیگیری پس از ترخیص»، به صورت جداگانه‌ای ثبت گردد. جدول زمانی برای حداقل پیگیری‌ها

زمان پیگیری-نحوه پیگیری	تلفنی	حضوری
سه ماه اول پس از ترخیص	به صورت هفتگی	به صورت دو هفته یک بار
سه ماهه دوم (ماه سوم تا ششم)	دو هفته یک بار	به صورت ماهیانه
شش ماه دوم (ماه ششم تا ۱۲)	به صورت ماهیانه	دو ماه یک بار

تذکر مهم: اولین پی‌گیری حضوری پس از ترخیص می‌بایست در ۲۴ ساعت اول پس از ترخیص باشد. با توجه به هدف اصلی خانه‌ی سلامت، زمانی می‌توانیم یک مرکز را موفق بدانیم که توانسته باشد مراجع را به جریان زندگی عادی و معمول جامعه بازگردانده باشد به گونه‌ای که بتواند در بین افراد جامعه سالم زندگی کند و در محیط خانواده و کار روابط به‌هنجاری داشته باشد. در این راستا لازم است با مراجعان پس از ترک مرکز تماس برقرار شود و در مناسبت‌های مختلف از آن‌ها دعوت شود؛ این کار رابطه‌ی درمانی و توانمندسازی را تحکیم می‌بخشد. این هدف می‌تواند با ترتیب دادن برنامه‌های تفریحی و اقامتی برای مراجعانی که از مرکز ترخیص می‌شوند نیز میسر شود. در پیگیری‌ها می‌توانید از طریق تکمیل کردن چک لیست و ارزیابی خطر در خانواده (برای افرادی که ترخیص به

خانواده می‌شوند) و هم چنین ارزیابی روانی اجتماعی (برای افرادی که به مسکن پایدار و زندگی مستقل یا ازدواج دست یافته باشند) در سه ماهه‌ی اول استفاده کنید. مددکار اجتماعی بعد از دریافت تعهد کتبی از خانواده‌ای که مراجع را به آن‌ها تحویل داده است، به صورت هفتگی و بعدها با صلاح دید به صورت دو هفته یکبار به محیط خانه سر زده و شرایط را مجدد بررسی کند تا امنیت مراجع در محیط خانه و خانواده پایدار و قابل اطمینان باشد. در صورت عدم پایبندی خانواده به تعهدات داده شده مددکار اجتماعی موظف است تا مسئولین و مراجع قضایی مربوطه را در این باره مطلع ساخته و مداخله در بحران را انجام دهد. به طور مثال اگر مراجع از خانواده‌ای باشد که سرپرست آن به علت اعتیاد یا فروش مواد، شرایط خطرناکی را برای مراجع به بار آورده باشد و مراجع به دلیل عدم وجود امنیت موقتاً در مرکز سرکرده باشد و بعد از سپری شدن مدتی، مراجع و خانواده تمایل به ادامه رابطه داشته باشند مددکار اجتماعی موظف است تا اقدامات لازم را جهت برطرف نمودن موانع این رابطه اعم از اعتیاد و خشونت به عمل آورد و بعد از رفع خطرات و تهدیدها اقدام به ارزیابی مجدد نموده و در صورت کسب تکلیف و ارائه گزارش به مقامات قضایی ذیربط، مقدمات ترخیص به خانواده را بعد از دریافت تعهد کتبی از سرپرست به عمل آورده و پیگیری‌های مربوطه برای فراهم نمودن زمینه بازگشت و پس از آن را انجام دهد.

تلفنی: تا ۹ ماه پس از ترخیص لازم است که مددکار اجتماعی پیگیری‌های لازم را به عمل آورد و تلاش کند تا مراجع انگیزه لازم برای ادامه ارتباط با مددکاران اجتماعی و سایر یاوران را در خانه سلامت حفظ نماید. بنابراین بعد از پیگیری‌های حضوری، پیگیری‌های تلفنی جهت اطلاع یافتن از وضعیت مراجع بعد از ترخیص ضروری خواهد بود.

۶

فصل ششم

کار گروهی با مراجعان خانه‌ی سلامت

۶. کار گروهی با مراجعان خانه‌ی سلامت

با توجه به کلیهٔ موارد مطرح شده در رابطه با وضعیت دختران مراجعه‌کننده به خانه‌ی سلامت ضروری است این گروه از مراجعان در کوتاه‌ترین زمان ممکن خدمات حمایتی - درمانی را دریافت کنند. معمولاً اولین خدماتی که به این گروه از افراد ارائه می‌شود، خدمات مددکاری اجتماعی فردی است؛ اما قربانیان خشونت خانگی در مقایسه با سایر مراجعان نیازمند خدمات مددکاری اجتماعی متنوع‌تر و طولانی‌تری هستند و فرآیند توانمندسازی آنان به دلیل پیچیدگی مشکلاتشان، دارای ابعاد متفاوتی است. هرچند مددکاری گروهی درمان قطعی مشکلات این مراجعان به حساب نمی‌آید اما استفاده از انواع رویکردهای کار گروهی در این حوزه امری مرسوم شده و عرصهٔ وسیعی را به خود اختصاص داده است و مددکاران گروهی با رویکردهای گوناگون در زمان‌ها و شرایط مختلف به یاری زنان و دختران آسیب‌دیده شتافته‌اند. حضور بلندمدت در مؤسسات شبانه‌روزی علاوه بر افسردگی، مشکلات عاطفی دیگری از جمله اضطراب، سوءظن، خلق تحریک‌پذیر، اختلالات خواب و... برای این دختران به همراه خواهد داشت. ویژگی مشترک همهٔ این اختلالات عدم موفقیت در تطابق و سازگاری با اجتماع است که مد نظر مددکاری گروهی قرار می‌گیرد. یکی دیگر از عواملی که انگیزهٔ مراجعان جهت تکمیل فرآیند توانمندسازی را کاهش می‌دهد، انگ یا برچسب‌هایی است که اطرافیان و اجتماع به آنها می‌زنند. گروه درمانی فشار حاصل از این نوع برچسب‌ها را کاهش می‌دهد. امروزه مددکاری گروهی بخش اصلی خدمات مددکاری اجتماعی در مؤسسات نگهداری محسوب می‌شود. گروه فرصتی در اختیار اعضا قرار می‌دهد تا چگونگی برخورد با مشکلات فردی و اجتماعی خود را بیاموزند و برای اولین بار احساس کفایت کنند. بازخوردهایی که اعضا در مورد توانایی‌ها، ارزش‌ها و مهارت‌هایشان به یکدیگر می‌دهند، عزت نفس آنها را بهبود می‌بخشد. گروه اطلاعات جدیدی در اختیار اعضا قرار می‌دهد و به افراد کمک می‌کند تا برای خود ارزش بیشتری قائل شوند. گروه‌ها نوعی حمایت عاطفی ارائه می‌دهند تا اعضا بتوانند تنش‌ها و تجربیات تلخ گذشته را به فراموشی بسپارند. گروه احساس گناه و تنهایی که همواره این افراد را آزار می‌دهد، از بین می‌برد. وقتی مراجعان افرادی را ملاقات می‌کنند که مشکلات مشابهی دارند متوجه می‌شوند که دیگر تنها نیستند. گروه تجربهٔ عضویت در یک خانوادهٔ صمیمی را برای مراجعان زنده می‌کند. همین که گروهی پذیرای این دختران می‌شود و از آنها حمایت می‌کند، یادآور نوعی از تعاملات بین فردی مناسب است که موجب بهبود تعاملات افراد نیز می‌شود. علاوه بر این، تأثیرات مثبت گروهی می‌تواند از طریق حمایت‌های دوجانبه، ملاقات‌های فردی و پیگیری‌های بعدی به کل زندگی افراد تعمیم یابد.

هدف از مددکاری اجتماعی گروهی، به عنوان یکی از روش‌های پرکاربرد مددکاری اجتماعی، بازسازی مهارت‌ها،

- توانمندسازی و ارتقاء عملکردهای روانی - اجتماعی افراد و کیفیت روابط بین فردی است. علاوه بر این مددکاران اجتماعی از تشکیل گروه در خانه‌های سلامت اهداف زیر را نیز دنبال می‌کنند:
- توسعه توانایی‌های مراجع در شناخت و بیان اندیشه و بروز احساسات و عواطف خویش
 - کمک به شکل‌گیری هویت جنسی، شغلی و اجتماعی مراجع
 - ارائه انواع آموزش‌های روانی - اجتماعی
 - رشد و گسترش مهارت‌های حل مسئله
 - آموزش غیرمستقیم مفاهیمی نظیر همکاری و تعاون، نوع دوستی، گذشت و ایثار
 - غلبه مراجع بر احساسات منفی و ناخوشایند خود نسبت به دیگران
 - بهبود کیفیت روابط اجتماعی و سازگاری اجتماعی مراجعان
 - ایجاد آمادگی برای پذیرش مسئولیت فردی و اجتماعی
 - غربالگری مراجعان دارای مشکلات حاد روانی - اجتماعی و ارجاع آنها به خدمات سطح بالاتر
- فعالیت‌های گروهی بر مبنای نظریه و متناسب با سن و میزان تجربیات اعضای گروه اجرا می‌شوند. هر فعالیتی می‌بایست اعضای گروه را به خود ارزیابی^۱ تشویق و آگاهی فرد نسبت به مهارت‌های درونی و روند پیشرفتش را تسریع کند. در ادامه تکنیک‌های کار گروهی با مراجعان خانه‌های سلامت و مراحل انجام آن ارائه می‌شود.

۱.۶. برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات مددکاری گروهی

برنامه‌ریزی در مددکاری گروهی، نقطه آغازین است. برنامه، لازمه بقای گروه و زبان گویای آن است. درک پویایی گروه‌ها برای هر نوع اقدام اثربخش در کار با گروه‌ها اهمیت بسزایی دارد. عدم توجه به پویایی گروه در برنامه‌ریزی می‌تواند موجب ریزش افراد و برگزاری جلسات کسل‌کننده و غیرمفید شود. اگر پویایی گروه به اشتباه مورد استفاده قرار گیرد می‌تواند اثرات بدی روی اعضا و کل گروه داشته باشد. به همین دلیل مددکاران اجتماعی برای اینکه بتوانند اقدامات مؤثری در کار با گروه‌ها داشته باشند می‌بایست به موارد زیر توجه نمایند:

ترکیب گروه: یک گروه باید به قدر کافی متجانس باشد تا ثبات گیرد و به قدر کافی نامتجانس باشد تا سرزندگی خود را تضمین نماید. متغیرهایی که باید در این ترکیب مورد توجه مددکار اجتماعی قرار گیرد عبارتند از رده سنی، جنسیت، قومیت و نژاد، توان ادراکی، وضعیت جسمانی، دامنه نفوذ و اقتدار فردی، زمینه اقتصادی - اجتماعی، شدت رفتار مشکل‌زا، امکانات و حساسیت‌های فرهنگی مؤسسه.

رهبری گروهی نیز با توجه به ترکیب گروه تغییر می‌کند. در گروه‌های کوچک‌تر اراده رهبر تأثیر زیادی بر تصمیمات گروهی دارد و مددکار اجتماعی بایستی مراقب باشد ترکیب گروه را به شکلی انتخاب نماید که افرادی با مشکلات حاد خلقی مانند افسردگی در موقعیت رهبری گروه قرار نگیرند.

۱. self-assessment

تعداد اعضا: گروه باید به اندازه کافی کوچک باشد تا صدای هر فرد شنیده شود و اعضا بتوانند در گروه مشارکت داشته باشند و تأثیر گروه را بر رفتار و عقاید خود احساس کنند. با این وجود نباید به قدری کوچک باشد که بیش از حد به یک فرد بپردازد و یا انگیزه بسیار کمی ایجاد کند. معمولاً جلسات مددکاری گروهی با ۶ الی ۹ نفر تشکیل می‌شود، اما در مواردی که مشکلات روحی و عاطفی شدیدتر باشد تعداد افراد گروه کاهش می‌یابد.

تعداد، تواتر و تداوم جلسات: حداقل در ابتدای تشکیل گروه جلساتی بیش از یک بار در هفته باید تشکیل شود، به مرور با پیشرفت گروه و تعیین وظایف اعضا می‌توان بر حسب زمان لازم برای انجام وظایف فاصله‌گذاری مطلوب بین جلسات انجام گیرد. حداقل زمان لازم برای توانمندسازی را ۱۲ جلسه عنوان می‌کنند. البته این زمان به شرایط روحی اعضا و توانایی آنها برای تغییر شرایط بستگی دارد. مدت زمان جلسات نیز بین یک تا دو ساعت متغیر خواهد بود. هرچند اکثر گروه‌های درمانی، کوتاه مدت بوده و انتهای برای کار خود دارند اما ممکن است گروه‌هایی باشند که دوره زمانی مشخصی برای خود متصور نشوند. در موسسات خصوصی، گروه‌ها به صورت نامحدود تشکیل شده و زمانی که اعضا نشانه‌هایی از دستیابی به اهداف و تعمیم آنها را بروز دهند، برای خاتمه کار گروهی آماده می‌شوند.

سایر امکانات لازم: به دلیل احساس عدم امنیتی که این گروه از مراجعان تجربه کرده‌اند، مددکار اجتماعی در اولین قدم کار با گروه بایستی فضایی انتخاب کند که القا کننده احساس امنیت باشد. از هیاهو و مزاحمت دیگران دور باشد، از نور کافی برخوردار باشد و برای تحرک تمام اعضا فضای کافی وجود داشته باشد. یکی از نگرانی‌های مراجعان در ابتدای فرآیند کار گروهی میزان پایبندی گروه به اصل رازداری است.

تصمیم‌گیری در خصوص نحوه نشستن اعضای گروه نیز به عواملی چون تعداد اعضا، رویکرد نظری و مدل کار گروهی، سن اعضا و تجربه آنها برای کارهای گروهی، منابع و اندازه فضایی که در اختیار دارید، نوع فعالیت و هدف هر جلسه بستگی دارد. اما معمول‌ترین شیوه نشستن در کار با گروه‌های کوچک که ضمن فراهم شدن امکان تعامل اعضای گروه، اقتدار مددکار اجتماعی را نیز حفظ می‌کند، نشستن U شکل است. حرکت مددکار اجتماعی بین اعضای گروه، روش مناسبی برای حفظ تعامل با تک تک اعضا خواهد بود.



نحوه نشستن دایره‌وار



نحوه نشستن U شکل

اگر اعضای گروه دور هم به صورت دایره‌وار بنشینند، بیشترین امکان مشارکت، صمیمیت و حرف‌شنوی اعضا وجود خواهد داشت. این شیوه نشستن برای جلسات بارش افکار، زمان جمع‌بندی و خروجی عملکرد گروهی و برای دوری از تبعیض و برقراری عدالت بیشتر بین اعضا مناسب است.

مددکار اجتماعی ماهر: نقش مددکار اجتماعی به عنوان عضو ویژه گروه و الگوی رفتاری آن، از اهمیت زیادی

برخوردار است. نحوه تعامل مراجعان در گروه به گونه‌ای است که انرژی زیادی برای اداره گروه می‌طلبد. بر اساس شواهد بالینی همجنس بودن و نزدیکی سن مددکار اجتماعی با اعضا یکی از مواردی است که موجب تسهیل روابط گروهی می‌شود. نحوه رفتار مددکار اجتماعی در مؤسسه، زیر نظر مستقیم مراجعان خواهد بود و بر تعاملات گروهی اثر می‌گذارد. رفتار مددکار اجتماعی در کار با گروه به عنوان یک الگو شناخته می‌شود. نوع پوشش او نباید نشان از فاصله فرهنگی زیاد با نوجوانانی داشته باشد که در مؤسسه نگهداری می‌شوند.

کار گروهی با دختران در خانه سلامت علاوه بر احترام متقابل، نیاز به آمادگی مددکار اجتماعی در زمینه‌های مختلف و چالش‌برانگیزی دارد. به عنوان مثال جهتگیری سیاسی مددکار اجتماعی در این گروه‌ها مورد سؤال قرار می‌گیرد و در مورد مسائل جنسی بحث خواهد شد. مددکار گروه باید توانایی اداره موقعیت‌هایی از این دست را داشته باشد و خود را برای رویارویی با شرایط مختلف آماده سازد. تجربه نشان داده است نوجوانان حاضر در خانه سلامت نیز مانند تمام اعضای جامعه ما نسبت به شرایط سیاسی - اجتماعی جهتگیری نموده و به شکل‌های مختلف، گرایش‌های سیاسی مددکار گروه را می‌سنجند. به نظر می‌رسد این موضوع تأثیر زیادی در اعتماد اعضا به مددکار گروه داشته باشد. ورود مددکار اجتماعی به مؤسسه‌ای که مقررات خاصی دارند و افراد به صورت اجباری در آنها نگهداری می‌شوند، شرایطی ایجاد می‌کند که درخواست‌هایی خلاف مقررات از مددکار اجتماعی می‌شود، مددکار اجتماعی ماهر، نحوه برخورد با چنین درخواست‌هایی را در قرارداد گروهی می‌بیند. این درخواست‌ها احتمالاً راهی برای سنجش میزان اعتماد به مددکار گروه است. مددکار اجتماعی در این مدل نماینده مؤسسه بوده و تحت حمایت آن قرار دارد. مددکاران اجتماعی وقتی موفق‌اند که شوخ طبع بوده و بتوانند با مراجعان خود در بازی‌ها شرکت کنند. جلب مشارکت مراجعان و گروه در کل فرآیند از جمله مهارت‌های مددکاران اجتماعی است تا مراجعان بتوانند پس از خاتمه روابط حرفه‌ای، آموخته‌های خود را به موقعیت‌های جدید نیز تعمیم دهند. وقتی مراجعان احساس راحتی کنند علاقه آنها برای دستیابی به هدف، اظهار نظر در گروه، پاسخ به پرسش‌های مطرح شده و کمک کردن به یکدیگر در طبقه‌بندی جنبه‌های مختلف مشکل، بیشتر می‌شود. هر چه مراجعان درک بیشتری از آنچه بر آنها می‌گذرد داشته باشند، نتایج بهتری از مداخلات خواهیم گرفت. با توجه به موضوعات مطرح شده به عنوان یک مددکار اجتماعی در خانه سلامت بر اساس الگوی زیر یک طرح تشکیل گروه تهیه نمایید و کار گروهی با مراجعان را طبق آن دنبال کنید.

▪ **عنوان گروه** (اعضای گروه می‌توانند طی فرآیند کار نام خاص دیگری برای گروه خود انتخاب کنند).

- مقدمه (بیان موضوع و ضرورت تشکیل گروه)
- هدف‌ها (شامل هدف کلی و هدف‌های اختصاصی)
- نحوه انتخاب اعضای گروه
- نحوه تشکیل جلسات (شامل هدف جلسه، زمان و مکان، امکانات لازم، فعالیت‌ها، مداخلات تخصصی و محتوای هر جلسه)
- بودجه‌ریزی و ملاحظات کلی برای اجرای هرچه بهتر گروه
- نحوه ارزشیابی گروه

۶.۲. فعالیت‌های اصلی در کار با گروه

کار گروهی از چند مرحله می‌گذرد: مرحله شروع کار گروهی، مرحله افزایش انگیزه، مرحله ارزیابی، مرحله مداخله و مرحله تعمیم و پیگیری. مددکار گروه در طی این مراحل تکنیک‌های مختلفی چون الگویابی، حل مسئله، نظام‌مند، آرام‌سازی، بازی‌های هدفمند، روش‌های سازماندهی مجدد شناخت، خودافشایی در گروه، مداخلات معطوف به اجتماع، بارش افکار، یادگیری فعال، بازخورد و تقویت از سوی مددکار و سایر اعضای گروه مورد استفاده قرار می‌گیرند. گروه برای مددکاران گروهی این امکان را فراهم می‌آورد تا از ادغام شیوه‌های مختلف درمانی بهره ببرند. در ادامه به توضیح برخی از این تکنیک‌ها می‌پردازیم.

فعالیت‌های یخ‌شکن: بعضی سرگرمی‌ها و فعالیت‌های گروهی با این هدف انجام می‌شود تا اعضا بتوانند احساس صمیمت بیشتر و راحتی بیشتری از با هم بودن در گروه تجربه کنند. این نوع فعالیت‌ها ضمن ایجاد شادی، با موضوع و هدف گروه نیز در یک راستا قرار می‌گیرد. اعضای گروهی که با هم احساس مشترکی را تجربه کرده‌اند در تعاملاتشان نیز راحت‌تر و صمیمی‌تر برخورد خواهند کرد. مراجعان از طریق همین فعالیت‌های آغازگرانه به توانمندی‌های فکری و بدنی خود آگاهی پیدا می‌کنند، همکاری، همیاری و مشارکت آنها توسعه می‌یابد. اینگونه فعالیت‌ها که معمولاً به شکل بازی‌های گروهی و در فضایی صمیمی اجرا می‌شود، موجب ابراز احساسات، عواطف، ترس‌ها و تردیدها، مهر و محبت، خشم و کینه و نگرانی‌های مراجعان در گروه می‌شود. بنابراین یکی از فعالیت‌های اصلی در جلسات ابتدایی کار گروهی به شمار می‌روند.

مددکار اجتماعی فعالیت‌های یخ‌شکن متنوع و خلاقانه‌ای را از پیش‌طراحی می‌کند تا اعضای گروه بتوانند بیش از پیش احساس تعلق به گروه را تجربه نموده و در فضای صمیمی‌تری به حیات گروهی خود ادامه دهند. گاهی مددکار اجتماعی می‌تواند جلسات گروه را با سؤالات یخ‌شکن آغاز نماید. مطرح شدن اینگونه سؤالات موجب می‌شود تا باب آشنایی در گروه باز شده و اعضای گروه با روحیات و خصوصیات یکدیگر آشنا شوند. به عنوان نمونه:

- در آذر ماه سال ۹۲ کجا بودی؟
- یک خاطره از دوران تحصیلت بگو.

- رنگ مورد علاقه شما چیست و چه احساسی به شما می‌دهد؟
- بهترین / بدترین روز زندگی شما چه روزی بوده؟ و چرا؟
- اگر می‌توانستید در یک فیلم بازی کنید، دوست داشتید کدام فیلم و کدام شخصیت را بازی کنید؟

حل مسئله نظام‌مند^۱: حل مسئله اجتماعی یک فرآیند شناختی - رفتاری معطوف به خود است که طی آن فرد کوشش می‌کند تا راه‌حل‌های مؤثر و سازگارانه را برای موقعیت‌های مشکل‌آفرین که در مسیر زندگی روزانه با آنها مواجه می‌شود، شناسایی و کشف کند و ماهیت مشکل‌آفرین موقعیت و واکنش خود نسبت به چنین موقعیت‌هایی یا هردو را تغییر دهد. آموزش مستقیم رویکرد حل مسئله نظام‌مند به افراد امکان کاهش ابعاد ناسازگارانه حل مسئله را فراهم می‌کند. بر همین اساس اکثر گروه‌های مددکاری اجتماعی هنگامی که مشکلات مراجعان در گروه بیان می‌شود از نوعی حل مسئله نظام‌مند بهره می‌برند. گروه با راهنمایی مددکار خود سعی می‌کند تا راه‌حل‌های ممکن را بیابد و مراحل زیر را گام به گام دنبال کند: جهت‌گیری اعضا نسبت به فرضیات اساسی حل مسئله نظام‌مند، شناخت و تعریف دقیق مشکل و منابع مراجع، گسترش راه‌حل‌های جایگزین، تجزیه و تحلیل راه‌حل‌های گوناگون و انتخاب بهترین راه، آمادگی برای اجرا، اجرای نقشه خارج از گروه و ارزشیابی راه حل با کمک اعضای گروه. البته روش‌های الگوبرداری، اصلاح شناخت و جمع‌آوری اطلاعات نیز در مرحله‌ای که از آن به عنوان آمادگی برای اجرا یاد شد، استفاده می‌شوند. ممکن است یک تکلیف هم برای جلسه بعد در نظر گرفته شود. این تکالیف به صورت تدریجی سخت‌تر شده تا به سوی هدف رفتاری خاصی نائل شوند.

در این گروه‌ها فرآیند حل مسئله و چگونگی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های دشوار زندگی انسان‌ها مورد بحث و بررسی قرار گرفته و مراجع نسبت به رفتارهای مناسب و نامناسب خود از گروه بازخورد می‌گیرد. این بازخوردهای گروهی کوچک‌ترین موفقیت‌های فرد را تقویت می‌کند در نتیجه، خودارزیابی افراد در شرایط گروهی ارتقاء می‌یابد. اعضاء گروه، عملاً می‌آموزند که هرکس دارای حقی است و برای یکدیگر احترام قائل می‌شوند.

روش‌های سرمشق‌گیری^۲: تجربه نشان داده است سرمشق‌گیری یکی از مؤثرترین راهبردهای گروه درمانی است. ساده‌ترین روش سرمشق‌گیری یا همان بازی نقش‌ها^۳، شامل شبیه‌سازی ویژگی‌ها و اجرای نقش‌هایی توسط اعضای گروه، مددکار یا حتی یک مهمان در گروه می‌شود. اعضا می‌توانند بر بخش‌های مختلف متمرکز شوند یا بخش‌هایی را بازنگری کرده و توسعه دهند. این روش می‌تواند به صورت طرح‌های ساده در یک زمان حیاتی کوتاه یا در موقعیت‌های دشوار با نقش‌های پیچیده‌تری انجام شود. مددکار اجتماعی باید بازی نقش‌ها را به گونه‌ای اداره کند تا تلاش‌های موفق، تقویت و تلاش‌های غیرصحیح، خاموش شوند.

روش‌های اصلاح شناخت: برای اعمال هر گونه تغییری در رفتار، تنها مواجهه با اطلاعات جدید کافی نیست. بلکه این اطلاعات باید طر حواره‌ای شوند و معنای مشخصی بیابند. اکثر روش‌های سازماندهی مجدد شناخت در گروه‌ها از

۱. Systematic Problem Solving

۲. Modeling Methods

۳. Role Playing

کارها و نظریات آرون بک^۱ (۱۹۷۶) ناشی می‌شود. بعد از او محققان دیگری از روش به چالش کشیدن افکار ناکارآمد برای درمان مراجعان خود استفاده کردند. این کار در گروه‌ها، پس از اینکه روش صحیح آن آموزش داده شد بر عهده اعضای گروه نهاده می‌شود. مددکار به آنها کمک می‌کند تا مهارت‌های صحیح مقابله‌ای مثل آرام‌سازی و مهارت‌های اجتماعی را جایگزین رفتارها و افکار ناکارآمد کنند. این مهارت‌ها در قالب بازی نقش‌ها در گروه تمرین می‌شود. یکی از روش‌هایی که برای سازماندهی مجدد شناخت در گروه‌ها استفاده می‌شود تهیه فهرستی است از افکار، عقاید و مفروضات مثبت (سازگارانه) و منفی (ناسازگارانه) مراجع درباره مردم، رویدادها و محیط که از آنها به عنوان طرحواره یاد شده است. این کار که توسط اعضای گروه انجام می‌شود نخستین گام در افزایش مهارت‌های شناختی است. فرض اساسی این است که قبل از هرگونه پاسخ رفتاری آشکار مجموعه‌ای از پیشایندهای شناختی وجود دارد. این موضوع نشان می‌دهد که چگونه ارزش‌های فرد و افکار غیرآشکار او بر رفتارهای آشکارش تأثیر می‌گذارد. طرحواره‌ها، ساختارهای دائمی سیستم شناختی هستند که به عنوان فیلتر و کلیشه، در تلخیص تجربه فرد از دنیا عمل می‌کنند و فرد را در سازماندهی رفتارش یاری می‌دهند. مراجعان در کار گروهی تشخیص افکار مثبت از افکار منفی را تمرین می‌کنند سپس برای تشخیص و تمیز افکار مثبت و منفی خود در زندگی عادی تلاش می‌کنند.

روش‌های آرام‌سازی: آرام‌سازی یکی از راه‌هایی است که در رویارویی با عواطف شدید از جمله فشارهای روانی، اضطراب، درد یا خشم به مراجع کمک می‌کند. البته در گروه‌هایی که در مدیریت اضطراب مشکل دارند کاربرد بیشتری دارد. به طور کلی افرادی از آرامش‌بخشی پیش‌رونده سود می‌برند که سطح بالایی از پاسخ‌های مرتبط با استرس را تجربه کرده باشند و این پاسخ‌ها در عملکرد روزانه‌شان تداخل کند. این پاسخ‌ها می‌تواند شامل بی‌خوابی، سردردهای تنشی و تنیدگی عضلات باشد. این روش ابتدا در کارهای جاکوبسن به صورت مجموعه‌ای از تنش و آرامش در دسته‌های عضلانی بدن تعریف شد. در گروه، ابتدا لازم است تا مددکار یک بار این عمل را انجام داده تا اعضای گروه ببینند و الگوبرداری کنند و مراحل آرام‌سازی توسط کل گروه انجام شود. سپس اعضای گروه به صورت دو به دو این مراحل را انجام داده و برای انجام آن در خارج از گروه نیز تشویق شوند. دستورالعمل آرام‌سازی در انتهای همین فصل ارائه شده است.

روش‌های یادگیری فعال:^۲ به کمک این روش‌ها پیامدهای رفتاری خاص به صورت نظام‌مند، موجب تقویت آن رفتار می‌شود؛ همچنین شرایط و پیشایندهایی که قبل یا همزمان با رفتارهای مطلوب رخ می‌دهند نیز به گونه‌ای دستکاری می‌شوند تا مراجع به سوی رفتارهای مثبت هدایت شود. این عمل را کنترل محرک^۴ می‌نامیم. مراجعان در ازای عملکردهای سازگارانه خود در گروه و انجام تکالیف خارج از گروه تقویت می‌شوند. این کار می‌تواند به شکل دست زدن، سر را به نشانه تحسین تکان دادن، لبخند زدن یا شادی کردن باشد. در قبال

۱. Aaron Beck

۲. Relaxation methods

۳. Operant Method

۴. Stimulus Control

رفتارهای نامطلوب تقویتی ارائه نخواهد شد. فرآیند خاموشی^۱ گاهی اوقات در خصوص اعضایی که تعاملات نامناسبی دارند یا تکالیف خارج از گروه را انجام نمی‌دهند به کار می‌رود. البته مدیریت این فرآیند در گروه کار خیلی سختی است چرا که افراد زیادی حضور دارند و کنترل تمام پاسخ‌ها غیرممکن به نظر می‌رسد. اگر مددکار گروه بتواند روش‌های یادگیری فعال مخصوصاً تقویت را به خوبی به اعضای گروه آموزش دهد، آنها در تعاملات گروهی و تعاملات خود با دیگران از این روش استفاده خواهند کرد.

شناخت خود: به عنوان مددکار گروه در یکی از جلسات ابتدایی گروهی، ابتدا از مراجعان بخواهید تا مهارت‌ها و توانایی‌های خویش را معرفی کنند. به منظور راهنمایی آنها بر این نکته تأکید کنید که این مهارت‌ها ممکن است تحصیلی، هنری، حرفه‌ای، ورزشی و غیره باشد. در واقع اعضای گروه به سمت تعمق در توانایی‌های خود سوق داده می‌شوند. در گام بعدی از آنها بخواهید که به آنچه دوست دارند در آینده بشوند، فکر کنند. چشمان خود را ببندند و یک تصویر ذهنی از آینده خود بسازند. آنگاه از هر عضو بخواهید تا تصورات ذهنی خود را توصیف کند و به توضیحات دیگران نیز توجه کند. سپس برای مفهوم‌سازی خود باید از انتظارات دیگران راجع به فرد سوال کنید. مثلاً فکر می‌کنی پدر و مادرت از تو چه انتظاری دارند؟ ادامه جلسه را به بررسی نگرانی‌های اعضا برای رسیدن به هدف‌هایشان و تحقق بخشیدن به خود ایده‌آل اختصاص دهید. راه‌های رسیدن به هدف‌ها، مهارت‌های مورد نیاز، موانع و محدودیت‌هایشان را بررسی کنید. یک نمونه فرم کوتاه برای خودشناسی و شناخت ویژگی‌های فردی در ادامه ارائه شده است.

روش‌های بهبود روابط: برای برقراری روابط حمایتگر، خواه داخل گروه باشد خواه از نوع روابط دو نفره، داشتن برخی مهارت‌ها حیاتی است. مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های ویژه‌ای هستند که هم مهارت‌های ارتباط کلامی و هم غیر کلامی را شامل می‌شوند. این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کنند تا بازده مطلوب در ارتباطات بین فردی را به حداکثر رسانده و بازده نامطلوب را کاهش دهند. یکی از مهارت‌های لازم برای درک بهتر روابط اجتماعی، توجه به زبان بدن و حالات چهره فرد در ارتباطات اجتماعی است. فهرستی از حالات عمومی هیجان در انتهای همین ف ارائه شده است. مددکار گروه با کمک دستورالعمل آموزش مهارت‌های ارتباطی، به آموزش این مهارت‌ها در گروه خود می‌پردازد.

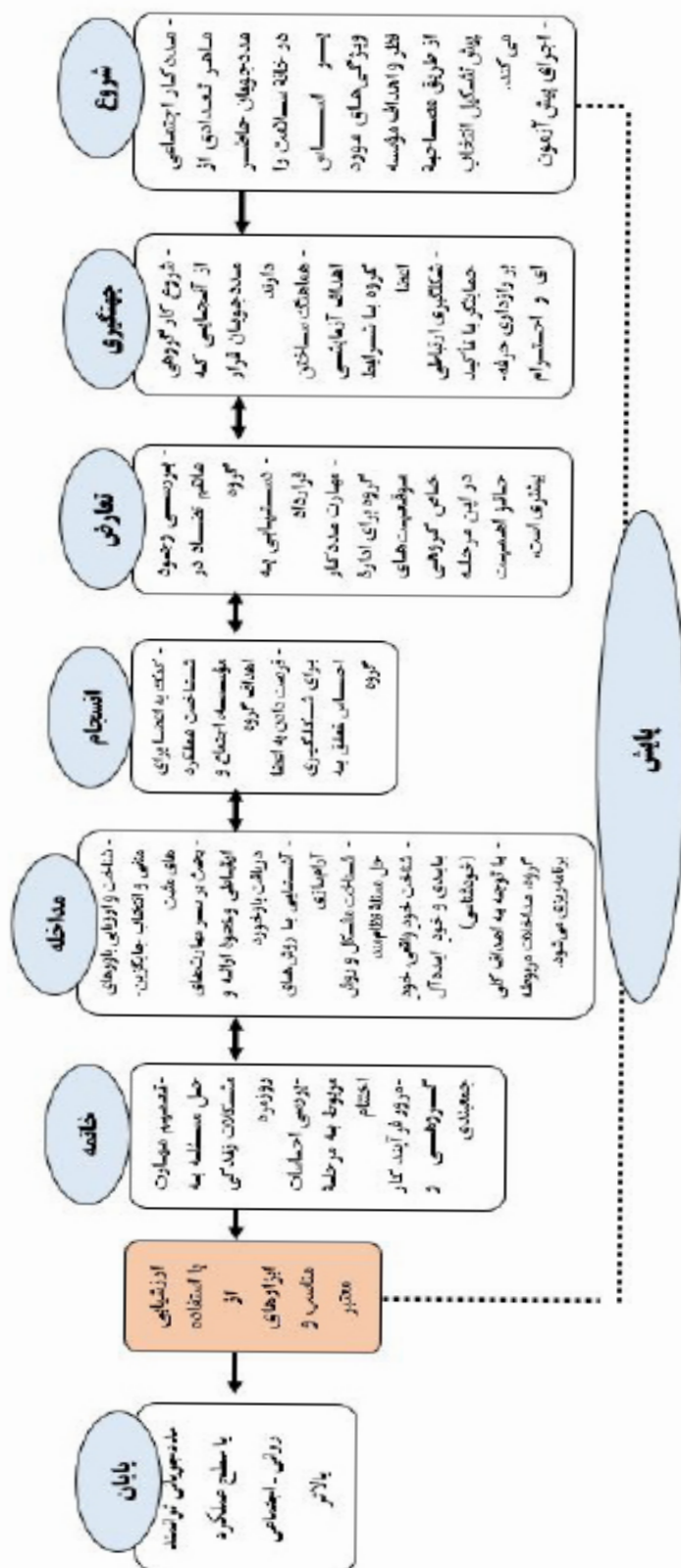
گروه‌سنجی: تکنیک گروه‌سنجی که توسط مورنو معرفی شد، در واقع همان تکنیک پرس و جو است که معمولاً برای سنجش میزان همبستگی و تضاد گروهی، مقایسه گروه‌ها، تعیین پایگاه و محبوبیت افراد و شناخت زیرگروه‌ها(باند‌ها)، در میان عده محدودی(گروه‌های کوچک) مورد استفاده قرار می‌گیرد. شرط استفاده از این تکنیک آن است که اعضای گروه یکدیگر را بشناسند و مفهوم صفت مورد سوال باید کاملاً مشخص باشد. مددکار اجتماعی بایستی توجه داشته باشد که صفات افراد با گذشت زمان تغییر می‌کند و نتایج گروه‌سنجی همیشگی نیست. نتایج گروه‌سنجی باید محرمانه باشد.

راهبردهای تغییر در محیط: این راهبردها به عنوان بخشی از فرآیند تعمیم، تعاملات اعضای گروه با نظام‌های اجتماعی و دیگر سازمان‌ها را شامل می‌شود. ایده‌ها و نظرات جدید تغییر در محیط را می‌توان از خود

گروه گرفت. به عنوان مثال ممکن است گروه تصمیم بگیرد برای تثبیت فعالیت‌های گروهی یک تیم تئاتر تشکیل دهند یا آموخته‌های خود را در قالب یک روزنامه دیواری یا حتی یک نمایشگاه در معرض دید سایرین قرار دهند.

خاتمه کار گروهی: ظریف‌ترین بخش از وظایف شما به عنوان مددکار گروه این است که به اعضا کمک کنید تا دودلی و تردیدی را که در پایان کار گروه تجربه می‌کنند، بیان کنند. واکنش افراد را نسبت به پایان کار گروه پیش‌بینی کنید و اهدافی را برای مدت باقی مانده تا پایان گروه در نظر بگیرید. باید کوشید تا دست‌آورها ثابت و پابرجا شوند. از طریق مرور دوباره و تکرار فرآیندهای گروهی بر بیان احساسات تأکید کنید. گروه را برای جداسازی و مرحله اختتام آماده کنید. اعضا می‌توانند در انجام وظایف به یکدیگر کمک نمایند، یکدیگر را تشویق کنید تا هرکس بیان کند که برای تثبیت و تعمیم آموخته‌های خود به شرایط زندگی واقعی چه کارهایی می‌تواند انجام دهد. ممکن است گروه‌های فرعی مایل به ادامه جلسات باشند، بعد از خاتمه کار گروه می‌توان تجارب گروهی دیگری را ترتیب داد.

الگوی کار گروهی با مراجعان خانگی سلامت



در همین راستا مراجعانی که عصبانیت و مشکلات مربوط به نظم را تجربه می‌کنند اغلب از اعتماد به نفس پایینی برخوردار هستند. مددکاران اجتماعی بواسطه مداخلات گروهی می‌توانند اعتماد به نفس آنها را بهبود بخشند. بونی داکری یک مددکار اجتماعی در منطقه ترلر تکزاز از آن چه که "گروه‌های تاریخی" می‌نامد، استفاده کرد. این گروه‌ها شامل بحث‌های گروهی راجع به بخشی از زندگی‌شان که می‌توانند آنها را تغییر دهند و نیز بخش‌هایی که قادر به تغییر آن نیستند، می‌شود. وقتی دختران نوجوان شرایط قبلی و کنونی خود را بررسی می‌کنند این موضوع برایشان مشخص می‌شود که آنها تنها به دلیل شرایط خانوادگی سخت، فقر و بی‌پولی، مشکلات یادگیری، تاریخچه آزار خانوادگی و... نتوانسته‌اند مسیر خاصی را در زندگی خود دنبال نمایند. سپس آنها می‌توانند آرزو کنند و آینده خود را با تحقق کنترل بر سرنوشتشان شکل دهند. آنها تصور می‌کنند و برای آینده خود برنامه‌ریزی می‌کنند و درباره آن چیزهایی را می‌نویسند. تخیل درباره ممکنات به جای چسبیدن به گذشته‌ها راه کاری توانمندساز است و با نقاشی و نوشتن در گروه‌های مزبور تحقق می‌یابد. تاکید نهایی گروه بر برنامه‌ریزی برای آینده و هدف‌گذاری است. فعالیت مبتنی بر وظیفه‌مداری در مددکاری اجتماعی، اصولاً از مجموعه مطالعات شهودی که توسط "رید" و "شین" (۱۹۶۹)، "رید" و "اپشتین" (۱۹۷۲) و "رید" (۱۹۸۵) انجام شد، شروع گردید. در این مطالعات درمان کوتاه‌مدت برنامه‌ریزی شده کارآمد تشخیص داده شد و کارایی درمان بلند مدت، نقض گردید. در نتیجه الگوی فعالیت مبتنی بر وظیفه‌مداری به عنوان الگوی کارآمد مطرح شد. از رویکردهایی که مددکاران اجتماعی در کار با مراجعانشان بکار می‌گیرند رویکرد وظیفه‌مداری است. رویکردی که می‌تواند در حل مشکلات مراجعان بدست خودشان و با برنامه‌ریزی و بستن قرارداد توانایی‌های مراجعان را که تا حالا یا آنها را نمی‌شناختند یا این توانایی‌ها ضعیف شده‌اند یا نسبت به توانایی‌های خود شک داشتند را جبران یا بازتوانی کنند. این رویکرد برخلاف رویکردهای روان‌پویایی که نیازمند دوره زمانی طولانی مدت درمانی هستند کوتاه مدت و فشرده است و مثل رویکرد مداخله در بحران به مشکلات فوری، عملی و اضطراری می‌پردازد.

- در این رویکرد هدف حل مشکلات مراجعان به دست خودشان با سپردن وظایف و فعالیت‌هایی که باید آنها انجام دهند است. برای دستیابی به چنین هدفی اولین کار ایجاد رابطه‌ای که مبتنی بر مشارکت و همکاری است و این رابطه زمانی شکل می‌گیرد که دو طرف همدیگر را بپذیرند و مراجعان قبول کنند که مددکاران اجتماعی در ارائه وظایف به آنها توانایی و مهارت‌های لازم را دارند. فعالیت‌های وظیفه‌مداری متمرکز بر مشکلاتی است که:
- مراجعان آنها را تأیید کنند یا بپذیرند (توافق در اینکه این مسئله مشکل اصلی مراجع است بین مددکار اجتماعی و مراجعه‌کننده حاصل شود یا به درک مشترک برسند).
 - از طریق سپردن وظایفی به مراجعان و اقداماتی قابل حل باشد که نیازمند ارتباط همیشگی یا به نوعی وابستگی مراجعان به موسسه یا مددکار اجتماعی نباشند.
 - مشکل دقیقاً مشخص و قابل تعریف باشد.
 - مشکل راجع به موضوعات و مسائلی باشد که مراجعان دنبال تغییر آنها باشند.
 - مشکل بیشتر درباره خود فرد باشد و به نوعی فردی باشد و نقش افراد بیرونی در آن کمتر باشد.

مشکلاتی که رویکرد وظیفه مداری می‌تواند به حل آنها کمک شایانی بکند از نظر رید عبارت‌اند از:

- تضاد بین فردی
- نارضایتی در روابط اجتماعی
- مشکلات با سازمان‌های رسمی
- مشکلات در ایفای نقش‌های مربوطه
- مشکلات در تصمیم‌گیری
- تنش و فشار عاطفی واکنشی
- منابع ناکافی

مثال: الهه دختر جوانی است ناتوانی در یافتن شغل او را بیشتر از هر مشکل دیگر نگران کرده است. مددکار به اتفاق الهه برنامه‌ای برای یافتن شغل طراحی کرد و شامل وظایفی بود که هر یک باید انجام می‌دادند. مددکار اجتماعی قبل از تکمیل برنامه به بررسی وضعیت مشارکت الهه در محیط خوابگاه پرداخت. بعد از صحبت با مربیان و دوستان الهه و مشاهده رفتارهای او متوجه شد که الهه در انجام مسئولیت‌های فردی خود تفره می‌رود و مشارکت پایینی در برنامه‌ها دارد. هم‌چنین او در برخورد اجتماعی و گفتگو با همسالان و افراد بزرگتر از خود مهارت‌های مذاکره کافی را ندارد. بنابراین اولویت برنامه‌ریزی به سمت فعالیت‌هایی که مهارت‌های فوق را در الهه تقویت کند تغییر کرد تا او بتواند خودش با پذیرش وظایفی، به پیدا کردن شغلی برای خود دست بزند.

هر مراجع باید بتواند فرصت رهبری زندگی خود را در جامعه داشته باشد. مددکار در مرکز اقامتی سعی می‌کند تا بتواند به مراجعان خود جهت بدست آوردن قدرت رهبری و برقراری ارتباط میان اجتماعات شامل مدرسه، فعالیت‌های اوقات فراغت و آموزش‌های مورد علاقه خود در داخل و خارج مرکز کمک کند. در همین راستا مددکار باید برای ورود فرد به اجتماعات کوچک و برنامه‌های مختلف اوقات فراغت چشم‌انداز و اقدام مناسب را جهت مشارکت مراجعان داشته باشد. به طور مثال این فعالیت‌ها می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- ایجاد یک سیستم ارائه پاداش تا بدینوسیله رفتار مطلوب تقویت شود.
- کمک به برقراری رابطه بین افراد و کسانی که رفتارهای مطلوبی دارند (همسالان، مربیان، افراد جامعه).
- سازمان دادن فعالیت‌های فوق برنامه (مانند کوهنوردی، تئاتر، برنامه‌ی ورزشی و...).

مددکار در این مرحله به مراجعان خود کمک می‌کند تا در سطح گسترده‌ای از برنامه‌های تحصیلی، مهارت‌های اجتماعی، تفریحی و برنامه‌هایی که سطح ارتباط مراجع را با خانواده و دیگران مهم او افزایش می‌دهد، شرکت کند. ارتقاء سطح ارتباطی مراجع با خانواده و همسالان و دوستانش، از جمله فعالیت‌هایی است که منجر به افزایش احساس رفاه و سلامت در او خواهد شد. مددکار با این کار خود، آموخته‌های مراجعان را به سطح عمل رسانده و سطح مهارت اجتماعی آنها را افزایش می‌دهد. این فعالیت‌ها ممکن است رسمی یا غیررسمی، فردی یا گروهی و همسو با جامعه‌پذیری و مراحل رشد مراجعان باشد. هم‌چنین برنامه‌های فعالیت که ذکر آنها رفت، باید بر

خواسته‌ها و نیازهای مراجعان منطبق باشند تا بتوانند منجر به افزایش مشارکت مراجعان شود. مشارکت دادن مراجعان در تمامی مراحل برنامه‌ریزی جهت اقامت و ادامه اقامت امری است که با مشارکت در گروه‌های فعالیت امکان‌پذیر خواهد بود. گروه‌های فعالیت بخشی از مداخلات گروهی مددکاران اجتماعی است که با محول نمودن وظیفه و آموزش، موجب افزایش همدلی و مشارکت و مسئولیت‌پذیری مراجعان خواهد شد. این فعالیت‌ها می‌تواند شامل موارد ذیل باشد:

- آموزش حقوق اولیه و شناخت از خود (شامل شناخت از جنسیت و حقوق زنان) به مراجعان تا با نقش‌ها و حقوق خود آشنا باشند
- وجود برنامه هفتگی برای مراجعان
- برنامه برای روزهای تعطیل جهت مشارکت در امور خانه سلامت

دستورالعمل آموزش آرام‌سازی:

در استفاده از تکنیک آرام‌سازی ابتدا باید دید که آیا مراجع مورد نظر برای اجرای این تکنیک مناسب است یا خیر. مددکار اجتماعی باید بررسی کند که (۱) اضطراب ناسازگارانه و یا تنش، یک جزء اصلی از مشکل مراجع باشد. (۲) کم کردن اضطراب باید تمرکز اصلی درمان باشد. (۳) علل ارگانیکی و فیزیولوژیک برای تنیدگی و اضطراب مراجع رد شده باشند. بعد از مناسب تشخیص دادن مراجع، در گام بعدی منطق و ماهیت کار را برای مراجعان توضیح می‌دهیم. دو مسئله باید در توضیح مددکار اجتماعی ذکر شود: اول، نقش اضطراب در ایجاد مشکلات مراجعان و دوم، این مسئله که آرامش بخشی چگونه می‌تواند به آنها کمک کند.

به عنوان مثال مددکار اجتماعی می‌تواند ماهیت کار را اینگونه برای اعضای گروه توضیح دهد: «همانطور که گفتید دچار علائم و نشانه‌های جسمانی‌ای شده‌اید که در عملکرد تحصیلی‌تان تأثیر منفی گذاشته است و از این بابت نگرانید. یکی از این مشکلاتی که گفتید، مشکل خوابتان است که باعث شده اغلب احساس خستگی کنید، دیگری مشکل تمرکزتان است که باعث اخلال در عملکرد تحصیلی شده است. و از همه مهمتر، شما از تنش عضلانی پیوسته شکایت کردید. تمام این موارد از نشانه‌های اضطراب هستند. در این تکنیک آرامش بخشی که به شما آموزش خواهم داد، شما یاد می‌گیرید که چگونه این علائم بدنی را کنترل کنید و به تدریج آنها را کاهش دهید. این امر در نهایت روی کاهش سطح اضطراب شما نیز تأثیر خواهد گذاشت.»

بعد از توضیح منطق و ماهیت کار باید روند دقیق این تکنیک را برای مراجع توضیح دهید: «این تکنیکی که می‌خواهم به شما آموزش دهم نامش آرامش بخشی پیش‌رونده است که در سال ۱۹۳۸ توسط یک پزشک به نام جاکوبسن ابداع شد و در سال‌های اخیر تغییراتی در آن داده شد. اساساً آموزش آرامش بخشی پیش‌رونده شامل سه اصل مهم است: اینکه یاد بگیرید چگونه عضلاتتان را دچار تنش و انقباض کنید، بعد از آن چگونه آنها را ریلکس

کنید و بعد به احساسات^۱ همراه با این دو حالت (تنش و آرامش) دقت کنید. این روش به شما کمک خواهد کرد تا یاد بگیرید تنش را در موقعیت‌های روزمره شناسایی کنید. این کار به شما کمک می‌کند تا اولاً نسبت به تنش در بدنتان آگاه شوید (پیش از آنکه به حدی برسد که ایجاد مشکل کند) و دوم اینکه بتوانید آن را کاملاً کاهش دهید. یادگیری آرامش بخشی مثل یادگیری دوچرخه سواری است. تنها راه متبحر شدن در آن تمرین است. بدون تمرین هر روزه، این تکنیک کمک چندانی به شما نخواهد کرد.

من گفتم که بعداً از شما خواهیم خواست که عضلات مختلف بدنتان را دچار تنش و سپس آرام کنید؛ ممکن است که فکر کنید اگر ما می‌خواهیم که آرامش ایجاد کنیم، چرا اول باید تنش ایجاد شود؟ علتش این است که اولاً هرکس در زمانی که بیدار است، همیشه سطحی از تنیدگی دارد که به آن سطح سازگاری تنیدگی گفته می‌شود و افراد تحت این تنیدگی عملکرد روزانه خود را انجام می‌دهند. هدف آرامش بخشی این است که به شما کمک شود تا تنیدگی عضلاتتان را تا زیر این سطح سازگاری کاهش دهید. الان ممکن است به این فکر کنید که این کارها لازم نیست و بدون آن هم می‌توانید عضلاتتان را شل کنید ولی در این تکنیک می‌خواهیم یاد بگیریم که کاهش بیشتری در تنیدگی ایجاد کنیم و بهترین راه برای این کار این است که ابتدا مقدار قابل توجهی از تنیدگی را در گروه عضلات مختلف خود به وجود بیاوریم و بعد همه را رها کنیم. این رها کردن جریانی بوجود می‌آورد که به عضلات اجازه می‌دهد تا به زیر سطح سازگاری برسند (مثل یک آونگ). مزیت دیگر این است که این کار به شما فرصت خوبی می‌دهد تا بر تنیدگی عضلات خود متمرکز شوید و کاملاً آگاه شوید که تنیدگی واقعاً در هر گروه از عضلات شما چگونه احساس می‌شود. علاوه بر این، تضاد بین تنیدگی و آرامش کاملاً برای شما روشن می‌شود و فرصت مقایسه این دو را به شما می‌دهد تا احساسات همراه با این دو حالت را در نظر بگیرید. آیا در مورد چیزهایی که گفته شد سؤال دارید؟» بعد از پاسخ دادن به سؤالات، درمانگر باید با دقت تمام، گروه‌های عضلات مختلف را که در تمرین آرامش بخشی پیش‌رونده درگیر خواهند بود، تعریف کند و نشان دهد که چگونه در این عضلات می‌توان تنیدگی ایجاد کرد. چهارده گروه عضله و روش‌های ایجاد تنش در آنها:

۱. **دست غالب:** دستتان را مشت کنید، به سمت کتف خم کنید، بازو را به سمت آرنج خم کنید.
۲. **دست غیر غالب:** دستتان را مشت کنید، به سمت کتف خم کنید، بازو را به سمت آرنج خم کنید.
۳. **پیشانی و چشم‌ها:** چشم‌هایتان را کاملاً باز کنید، ابروهایتان را بالا ببرید و تا جاییکه می‌توانید پیشانی‌تان را چین دهید.
۴. **گوش‌ها و بینی:** اخم کنید، چشم‌هایتان را جمع کنید (مانند زمانی که زیر نور آفتاب قرار دارید)، بینی‌تان را چین دهید.
۵. **فک، زیرگونه و گردن:** دندان‌هایتان را به یکدیگر فشار دهید، چانه‌تان را به سمت جلو حرکت دهید و گوشه‌های دهان را به سمت پایین بکشید.

۱. feelings

۶. **کتف‌ها، بالای پشت و قفسه سینه:** شانه‌تان را بالا دهید، سرشانه‌ها را تا جاییکه امکان دارد عقب بکشید (مثل اینکه بخواهید از پشت آنها را به هم برسانید).
 ۷. **شکم:** از کمر کمی به جلو خم شوید، شکمتان را بیرون بدهید و عضلاتتان را تا جاییکه می‌توانید سفت کنید.
 ۸. **باسن:** باسن‌تان را به هم و همزمان به صندلی زیر فشار دهید.
 ۹. **قسمت بالای پای غالب:** عضله بزرگ بالای ران را بر قسمت‌های پایین ران فشار دهید، عضلات ران را سفت کنید.
 ۱۰. **عضلات پایین پای غالب:** انگشتان پایتان را بالا بگیرید (به طوری که انگار به سرتان اشاره می‌کنید)، عضلات پشت ساق پایتان را بکشید و سفت کنید.
 ۱۱. **پایین پای غالب:** انگشتان پایتان را به سمت بیرون و پایین بگیرید و پا را بکشید.
 ۱۲. **عضلات بالای پای غیر غالب:** عضله بزرگ بالای ران را بر قسمت‌های پایین ران فشار دهید، عضلات ران را سفت کنید.
 ۱۳. **عضلات پایین پای غیر غالب:** انگشتان پایتان را بالا بگیرید (به طوری که انگار به سرتان اشاره می‌کنید)، عضلات پشت ساق پایتان را بکشید و سفت کنید.
 ۱۴. **پایین پای غیر غالب:** انگشتان پایتان را به سمت بیرون و پایین بگیرید و پا را بکشید.
- بعد از اینکه این آموزش صورت گرفت، مراجع باید در وضعیتی راحت قرار گیرد. لباسش نباید تنگ باشد. نباید پاهایش را روی هم بیاندازد و یا دست به سینه بنشیند. اکنون، مراجع آماده است تا روند آرامش بخشی عضلانی را شروع کند. در این مرحله دستورالعمل به این صورت به مراجع داده می‌شود: «می‌خواهم روند آرامش بخشی عضلانی را با کشیدن چند نفس عمیق، نگه داشتن و بعد بیرون دادن آن شروع کنید. این به شما کمک می‌کند تا آرام شوید. نفس بکشید؛ نگه دارید؛ بدهید بیرون. خوبه... یکبار دیگه... تصور کنید که با هر دم، شما نه فقط هوا بلکه آرامش را درون خودتان می‌کشید و این آرامش از طریق شش‌ها در تمام بدن‌تان پخش می‌شود. یک نفس عمیق دیگر بکشید، نگه دارید، رها کنید. خیلی خوبه...»
- حالا اجازه دهید با منقبض کردن عضلات دست راست و بازویتان شروع کنیم: «دست‌تان را مشت کنید، از آرنج خم کنید. این عضلات را منقبض کنید. خوبه نگه دارید. تنیدگی و سفتی را احساس کنید... حالا رها کنید. تمام تنش‌ها را ول کنید تا برون. اجازه دهید تا دست‌تان شل شود و بیفتد. آرامش را احساس کنید. احساس کنید که این آرامش در تمام بدن‌تان پخش می‌شود: از انگشتان به سمت دست، بازو و شانه‌تان. به تفاوت بین احساسی که در دست راست و دست چپ‌تان دارید دقت کنید. این احساس آرامش است. خوب حالا دوباره عضلات دست و بازوی راست‌تان را منقبض کنید.»
- بعد از اینکه چهارده گروه عضله ریلکس شدند، درمانگر باید توجه مراجع را به سمت احساس آرامش در کل بدن جلب کند. «اکنون شما در تمام بدن‌تان احساس راحتی و آرامش می‌کنید. اجازه دهید تا این آرامش عمیق‌تر شود. آرامش در دست و بازوی راست، دست و بازوی چپ و پیشانی، چشم‌ها، گوش و صورت‌تان، شانه‌ها، کمر، باسن و شکمتان، پای راست و پای چپ احساس می‌شود. اگر احساس می‌کنید که تنیدگی در جایی باقی مانده،

به آرامش اجازه دهید که از قسمت‌های دیگر بدنتان به آنجا برود. یک نفس عمیق بکشید، ... نگه دارید، ... حالا تمام تنیدگی‌ها را بیرون دهید. »

نکات مورد توجه در اجرای این تکنیک:

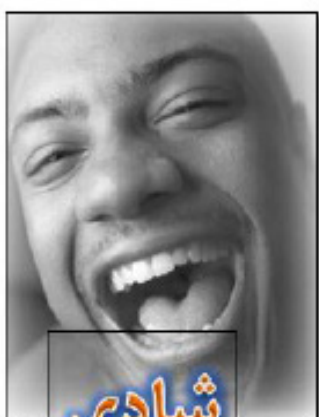
الف) مراجع باید تنیدگی را حدود ۵-۷ ثانیه حفظ کند. آرامش باید حدود ۴۰-۳۰ ثانیه حفظ شود.
ب) بار دوم، چرخه تنیدگی - آرامش باید برای همان گروه عضلات تکرار شود. این بار آرامش باید حدود ۵۰-۴۰ ثانیه حفظ شود.

ج) باید از مراجع بخواهیم که اگر عضله کاملاً آرام نشده با انگشتش علامت دهد، اگر علامت داد چرخه آرامش باید دوباره تکرار شود. اگر باز هم نشد یک بار دیگر نیز تکرار می‌کنیم و اگر موفق نبود، سراغ گروه‌های دیگر عضلات رفته و بعد از پایان کار باید با مراجع در این خصوص گفتگو کنیم. مثلاً می‌توانیم یک رویکرد جایگزین برای انقباض و آرامش برگزینیم. مانند استفاده از تخیل و تصویرسازی.

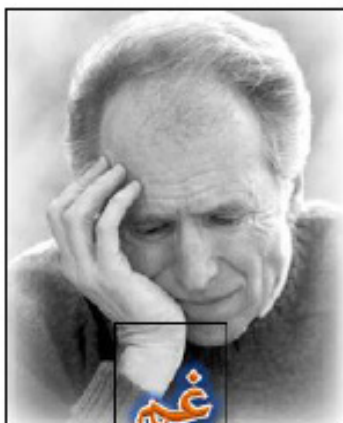
د) خیلی از اوقات زمانی که از مراجع می‌خواهیم که گروه خاصی از عضلات را منقبض کند، خود به خود گروه دیگر را هم منقبض می‌کند که این امر با روند آرامش بخشی تداخل دارد. بعد از تمرینات اولیه باید به مراجع بگوییم که فقط همان گروه عضله خاص را منقبض کند و دقت کند تا گروه‌های دیگر منقبض نشوند.

اسم من.....	است و.....	سال سن دارم، در شهر.....	متولد شدم، پس یک.....	هستم.
چشم‌های من.....				
موهای من.....				
هیکل من.....				
بهترین دوست من.....				
از خودم خوشم می‌آید چون.....				
و خودم را دوست ندارم چون.....				
وقتی شاد می‌شوم که.....				
وقتی ناراحت می‌شوم که.....				
وقتی نگران می‌شوم که.....				
همیشه از این متنفر بودم که.....				
سرگرمی مورد علاقه من.....				
غذای مورد علاقه من.....				
کلاس مورد علاقه من.....				
کتاب مورد علاقه من.....				
بهترین ویژگی من این است که.....				
بهترین توانایی من این است که.....				
بزرگترین ضعف من این است که.....				
بزرگترین مسئولیت من این است که.....				

حالت های عمومی هیجان



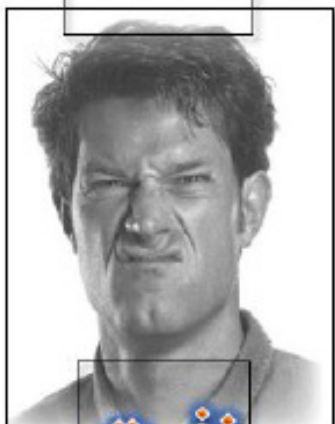
شادی



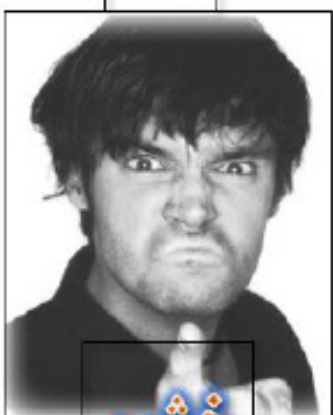
غم



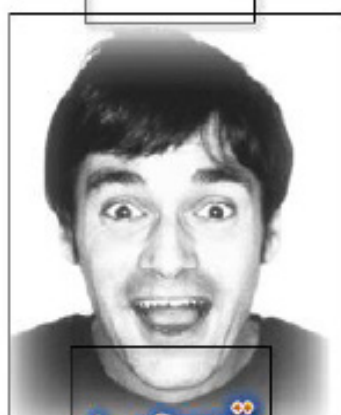
ترس



نفرت



خشم



تعجب

- Perry, B. (2002e). What is childhood trauma? [Video]. (Available from Magna Systems, Inc., 330 Telser Road, Lake Zurich, IL 60047)
- Pesce, R. C., & Wilczynski, J. D. (2005). Gang prevention. *Principal Leadership*, 6(3), 11–15.
- Kahan, M. (2006, September). “Put up” on platforms: A history of twentieth century adoption policy in the United States. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 33 (3), 51–72.
- Zolotor, A. J., Theodore, A. D., Chang, J. J., Berkoff, M. C., & Runyan, D. K. (2008, October). Speak softly—and forget the stick: Corporal punishment and child physical abuse. *American Journal of Preventive Medicine*, 35 (4), 364–369.
- Jellen, L. K., McCarroll, J. E., & Thayer, L. E. (2001). Child emotional maltreatment: A 2-year study of U.S. Army cases. *Child Abuse & Neglect*, 25, 623–639.
- Straus, M. A. (2006). Cross-cultural reliability and validity of the Multidimensional Neglectful Behavior Scale Adult Recall Short Form. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1257–1279.
- Sieger, K., Rojas-Vilches, A., McKinney, C., & Renk, K. (2004). The effects and treatment of community violence in children and adolescents: What should be done? *Trauma, Violence, Abuse*, 5(3), 243–259.
- Jouriles, E. N., & Norwood, W. D. (1995). Physical aggression toward boys and girls in families characterized by the battering of women. *Journal of Family Psychology*, 9(1), 69–78.
- Azmitia, E. C. (2001). Impact of drugs and alcohol on the brain through the life cycle: Knowledge for social workers. *Journal of Social Work Practice in Addictions*, 1(3), 41–63 .
- Lee, V., & Hoaken, P. N. S. (2007, August). Cognition, emotion, and neurobiological development: Mediating the relation between maltreatment and aggression. *Child Maltreatment*, 12(3) 281, 281–298.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 256, 174–186.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Salmon, P., Skaife, K., & Rhodes, J. (2003, February). Abuse, dissociation, and somatization in irritable bowel syndrome: Towards an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–18.
- Richardson, C. (2002). Physician/hospital liability for negligently reporting child abuse. *The Journal of Legal Medicine*, 23, 131–150.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Deblinger, E. (2000, November). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. [Electronic version]. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202.
- Payne, M. (2005). *Modern social work theory* (3rd ed.). Chicago: Lyceum Books.

- Scannapieco, Maria and Connell-Carrick, Kelli. (2005) Understanding Child Maltreatment: An Ecological and Developmental Perspective: An Ecological and Developmental Perspective. Oxford University Press.
- DePanfilis, Diane (2006). The User Manual Series: Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention. U.S. Department of Health and Human Services: Washington, 3th edition.
- Watson, Johanna (2005). Child neglect: Literature review. Centre for Parenting & Research, NSW Department of Community Services, Government of New South Wales, May 2005
- Lorraine, Cynthia, Juby (2005). Using a Structural Equation Model to examine child Maltreatment Potential across Ecological System in a Population of Families in Poverty. Presented to the Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Arlington in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY. 2005.
- Rodrigues AB. Burnout e estilos de coping em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos [Tese de doutorado]. Sao Paulo: Universidade de São Paulo, 2006. p143.
- Monteiro JK, Maus D, Machado FR, Pesenti C, Bottega D, Carniel LB.
- Bombeiros: um olhar sobre a qualidade de vida no trabalho. Psicol Cienc Prof. 2007; 27(3): 554-65.
- Trauma-Informed Practice Guide
- این‌شا، لیندا ترجمه ایوب اسلامیان و یاسر بشیری. (۱۳۹۶)، مددکاری اجتماعی مدرسه: چاپ دوم، تهران: آوای نور.
- عرشی، ملیحه؛ تکفلی، مرضیه، اسلامیان، ایوب و همکاران. (۱۳۹۶)، راهنمای تخصصی مداخلات مددکاری اجتماعی در حوزه طلاق و مراقبت از خانواده، سازمان بهزیستی کشور.
- تکفلی، مرضیه. (۱۳۹۲)، شناسایی نشانگرهای غفلت در کودکان شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، استاد راهنما: حبیب آقابخشی.
- عرشی، ملیحه؛ اسلامیان، ایوب و همکاران. (۱۳۹۶)، راهنمای فنی مداخلات مددکاری اجتماعی در دستگاه قضائی، معاونت اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضائیه.
- جان‌سی، مک‌لن، ترجمه ایوب اسلامیان، فریبا درخشان‌نیا و ملیحه عرشی. (۱۳۹۶)، مددکاری اجتماعی و خشونت خانوادگی، تهران: نشر رسانه تخصصی.
- این‌شا، لیندا، ترجمه ایوب اسلامیان و یاسر بشیری. (۱۳۹۶)، مددکاری اجتماعی مدرسه، تهران: انتشارات آوای نور، چاپ دوم.
- کالینز، داند؛ جردن، کتلین؛ کولمن، هیتز کتاب ترجمه فریده همتی. (۱۳۹۶)، مددکاری اجتماعی کار با خانواده، تهران: انتشارات سمت.
- علی‌نیا، وهاب، سبزی خوشنامی، محمد و جوادیان، سید رضا. (۱۳۹۶)، مددکاری اجتماعی بالینی و بهداشت روانی، تهران: آوای نور.
- ریچارد اونز، دیوید؛ مارگارت‌تی هرن، مکس اولمان، آلن آیوی، محمدعلی گودرزی، سید احمد میرجعفری. (۱۳۹۴)، مصاحبه موثر به روش گام به گام، تهران: سمت.
- دوست قرین، تقی. (۱۳۹۵)، راهبردها، تکنیک‌ها و مداخلات حرفه‌ای در مددکاری اجتماعی، تهران: جهاد

دانشگاهی دانشگاه علامه طباطبائی.

- والش، جوزف، ترجمه فریده همتی. (۱۳۹۴)، نظریه‌های مددکاری اجتماعی در عمل، تهران: انتشارات سمت.
- صفایی، سید حسین و امامی اسدالله. (۱۳۹۵)، مختصر حقوق خانواده، تهران: نشر میزان (۱۳۹۵)
- افسران، قاسم. (۱۳۹۱)، حقوق خانواده در آئینه نمودار، تهران: نگاه بینه.
- صیاد، معصومه. (۱۳۹۵)، بررسی اثر بخشی مداخله مددکاری اجتماعی با رویکرد قوت‌مدار بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. استاده راهنما فردین علی پور
- معارفوند، معصومه. (۱۳۹۳)، راهنمای مداخلات تخصصی در خانه‌های امن تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور، سازمان بهزیستی کشور.
- موری، گلیکن ترجمه عباسعلی یزدانی و الهام محمدی. (۱۳۹۲)، مددکاری اجتماعی در قرن ۲۱ (رفاه اجتماعی مسایل اجتماعی و حرفه مددکاری اجتماعی)، تهران: نشر جامعه‌شناسان.
- جانسون، لوئیس ترجمه حسین بازرگان، (۱۳۹۰)، مددکاری اجتماعی از دیدگاه جامع، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی (۱۳۹۰).
- کالشد، ورنیکا. اورم، جوون. ترجمه فریده همتی. (۱۳۸۰)، ساختار نظری و عملی مددکاری اجتماعی، انتشارات کلک مشکین، ۱۳۸۰.
- سام آرام، مددکاری اجتماعی (کار با جامعه) مددکاری جامعه‌ای، تهران: نشر علم (۱۳۹۲).
- جنگروی، فاطمه (۱۳۸۴). بررسی آگاهی، نگرش و رفتار مادران نسبت به کودک آزاری در شهرستان تهران در سال ۱۳۸۳. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری اجتماعی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. استاد راهنما حبیب اله آقابخشی.
- برک، لورا (۱۳۹۱). روانشناسی رشد (از لقاح تا کودکی)، جلد اول. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: ارسباران، ویرایش چهارم، چاپ ۲۱.
- اعزازی، شهلا، (۱۳۸۰). جامعه‌شناسی خانواده: با تاکید بر نقش ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر. تهران: روشنگران و مطالعات زنان.
- بوالهری، جعفر؛ رسولیان، مریم؛ حبیب، سپیده؛ نجومی، مرضیه؛ عابدی، شیوا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ کریمی، عیسی. (۱۳۸۹). گزارش نهایی طرح پیشگیری از همسرآزاری در نظام بهداشتی کشور. انستیتوروانپزشکی تهران - مرکز تحقیقات بهداشت روان.
- مناف زاده، اصغر. (۱۳۹۴)، فرسودگی شغلی، علل و راهکارهای مقابله با آن، ماهنامه اجتماعی، اقتصادی، علمی و فرهنگی کار و جامعه - شماره ۱۸۷
- شجاع فرد، جواد؛ پور صادق، ناصر؛ شهرآشوب، قاسم؛ زنیشه، سحر. (۱۳۹۳)، رابطه فرسودگی شغلی و تاب‌آوری در پرسنل فوریت‌های پزشکی شهر تهران، فصلنامه علمی- پژوهشی امداد و نجات، سال ششم، شماره ۲.
- مشتاق علی، زهرا؛ آقایی نژاد، علی اکبر؛ پیمان، اکرم؛ امیرخانی، عارف؛ تقی نژاد، فخرالدین؛ شیخی، علی اکبر. (۱۳۹۳)، ارتباط استرس شغلی با فرسودگی شغلی کارکنان اورژانس پیش بیمارستانی، مجله علمی- پژوهشی حکیم سید اسماعیل جرجانی سال دوم شماره ۲.
- ساعتچی، م. (۱۳۸۰)، روانشناسی بهره وری، نشر ویرایش، تهران: چاپ سوم.

۱

پیوست ۱

ارتباط حرفه‌ای و همدلانه با مراجع

۷. ارتباط حرفه‌ای و همدلانه با مراجع

برقراری ارتباط صحیح حرفه‌ای همواره در مددکاری اجتماعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است. برای کمک به افرادی که می‌خواهند از جایی که هستند حرکت کنند و به جایی که تمایل دارند برسند، مددکار باید مجهز به طیف وسیعی از مهارت‌های ارتباطی باشد. مددکار با استفاده از این مهارت‌ها باید قادر باشد که مراجع را از جنبه‌های مختلف در نظر بگیرد؛ درک کند و بتواند با زبانی کاملاً قابل درک موضوعات را برای مراجع توضیح دهد، او را تشویق کند، از شدت ترس او بکاهد. مددکار باید بتواند اضطراب مراجعانش را تحت کنترل درآورد و کمک‌های عملی برای آن‌ها فراهم آورد و از آن‌ها به شیوه‌ای حمایت کند که اعتماد و خودباوری در آن‌ها به وجود آید. برای برخی افراد تغییر بدون کمک دیگران امکان‌پذیر نیست. به خاطر داشته باشیم غالب مراجعان خدمات یاورانه، خودتغییردهنده‌های موفقی نیستند و برای این کار نیازمند کمک و همراهی متخصصانی چون مددکاران اجتماعی هستند. در همین راستا برقراری ارتباط، سنگ‌بنای ارائه خدمات مددکاری اجتماعی است و دارای ملاحظات و ظرافت‌های خاصی است که در صورت نادیده گرفتن آن‌ها می‌تواند تمام مراحل ارائه‌ی خدمت را متأثر و حتی بی‌اثر سازد. بدون مهارت‌های ارتباطی موثر، مددکاران اجتماعی کمتر قادر خواهند بود تا:

■ تشخیص دهند که مراجعان و یا متخصصان دیگر چه فکری می‌کنند و چه احساسی دارند.

■ به تفسیر موقعیت‌های پیچیده به شکل دقیق‌تری بپردازند

■ به مذاکره، میانجی‌گری و مداخله با حساسیت خاص، قاطعانه و مناسب بپردازند.

ارتباط موثر مستلزم این است که مددکار در انجام طیف وسیعی از توانایی و مهارت‌های لازم باشد که مهمترین آنها عبارتند از:

■ گوش دادن فعال

■ همدلی

■ بازخورد احساس (انعکاس)

■ بازخورد محتوی

• گوش دادن فعال

هر مددکاری در طول دوران شغلی خود به ویژه زمانی که تجربه چندانی نداشته، ممکن است این تجربه را داشته باشد که پاسخ او به درد دل یا مشکلات مراجع یا نزدیکان خودش، نه تنها موجب آرامش طرف نشده، بلکه

منجر به واکنش، مخالفت و اعتراض شده باشد، مبنی بر این که منظورشان را درست متوجه نشده است. در چنین مواقعی این سوال پیش می‌آید که مشکل از کجاست؟ شاید آن طور که باید به آن‌ها گوش فرا ن داده‌اید و آن چه را که می‌خواهند در پشت کلمات به شما بگویند را نشنیدید!

فعالیت : قانون ۵ ثانیه!

یکی از مشکلات در درست گوش ندادن این است که موقعی که طرف مقابل در حال صحبت است، بدون این که کامل به صحبت‌ها و پیامش توجه کنید، به دنبال پاسخ در ذهن خود می‌گردید، لذا حرف طرف مقابل را قطع می‌کنید تا پاسخش را بدهید. برای حل این مشکل می‌توان این تمرین را به صورت متناوبی انجام داد: وقتی فردی در حال صحبت با شماست، بگذارید جملاتش کامل شود، ۵ ثانیه صبر کنید و سکوت کنید و سپس به او پاسخ دهید. از این سکوت ۵ ثانیه‌ای که بین شما حکم فرما می‌شود نهراسید! در این ۵ ثانیه باید پیام دریافت شده را تحلیل کنید و سپس با توجه به آن پاسخ دهید... در حالت ایده‌آل می‌توانید با دوست و همکار خود این فعالیت را تمرین و تکرار کنید و از او بخواهید ۵ ثانیه را برای شما بشمارد.

اگر می‌خواهید شنونده خوبی باشید، لازم است که تمامی نکات زیر را همواره مورد توجه خود قرار دهید. برای این کار لازم است رفتارهایی توجه‌آمیز مناسبی از خود بروز دهید (آن دسته از رفتارهای مددکار اجتماعی که بیانگر حضور جسمانی و روانشناختی‌اش در برابر مراجع است):

- از نظر فیزیکی در سطحی برابر و روبه‌روی او قرار بگیرید و کمی به طرف او خم شوید.
- حالت بدنی آسوده و راحتی به خود بگیرید.
- حرکت و جنبش فیزیکی خود را به حداقل برسانید تا احساساتی نظیر نگرانی و عجله داشتن را به مراجع منتقل نسازید.
- توجه کنید که تمامی رفتار و جملات شما باید این پیام را منتقل سازد که من به مشکل شما توجه دارم و شما محترم و ارزشمند هستید.
- با حالات چهره نشان دهید که به حرف‌های او علاقه‌مند هستید.
- توجه کنید که تماس چشمی و حالات بدنی همگی وابسته به فرهنگ افراد متفاوت‌اند.
- توجه کنید هر چیزی را چگونه و با چه حالات و هیجانی می‌گوید. (در یادداشت برداری خود از مصاحبه، حالات هیجانی مراجع را هم مورد اشاره قرار دهید)
- از طرف دیگر تلاش کنید که در نحوه ارائه مطالب غرق نشوید و محتوای سخنان را دریابید.
- شما مجبور نیستید که مدام صحبت کنید. مددکار اجتماعی خوب کسی نیست که بیشتر صحبت کند، لذا زمان بیشتری به گوش دادن به جای صحبت کردن اختصاص دهید. این موضوع به ویژه در جلسات اول بسیار مهم است.
- جملات مراجع را حدس نزنید و تکمیل نکنید.

■ قبل از جلسه با توجه به موضوع مراجع و مسائلی که درگیر آن‌ها است، دقایقی با خود خلوت کنید و سوگیری‌های شخصی خود در رابطه با او را به یاد بیاورید. جلسه قبل چگونه او را قضاوت کردید و چه

برچسب‌هایی به او زدید (مبحث خودآگاهی).

■ در طول مصاحبه همواره تلاش کنید که در مقابل عدم تمرکز و حواس پرتی مقاومت کنید و با تمام توجه به صحبت‌های مراجع گوش دهید. لذا همواره قبل از شروع مصاحبه سعی کنید که تا حد ممکن عواملی که حواس شما را پرت می‌کنند را حذف یا کاهش دهید (زنگ تلفن همراه، بستن پنجره‌ها برای جلوگیری از سروصدا، کاستن از رفت و آمد به اتاق و ...)

■ قانون ۵ ثانیه را بخاطر داشته باشید. درمقابل پاسخ‌دهی سریع مقاومت کنید.

■ به صورت مناسب بازخورد محتوایی و هیجانی بدهید (مبحث بازخورد).

■ یادتان باشد که خوب گوش دادن به معنای موافقت، تایید و قبول کردن و تسلیم شدن نیست.

■ یادتان باشد که همواره بر رفتار فرد متمرکز باشیم، نه بر خود فرد. در واقع اگر فردی عمل و رفتار اشتباهی انجام دهد، کل شخصیت و هویت او را بازخواست نکنیم و زیرسوال نبریم.

• همدلی با مراجع

منظور از همدلی این است که به مراجع نشان داده شود که به او گوش فرا داده شده و درک گردیده است. اگر بخواهیم خیلی خلاصه همدلی را تعریف کنیم، می‌توان عنوان کرد که همدلی:

■ یعنی ظرفیت و توانایی اینکه خود را جای دیگران بگذارید.

■ واقعیات را از دید آن‌ها ببینید.

■ احساسات آن‌ها را در مورد چیزهای مختلف درک کنید.

اما چگونه؟ شاید شما به عنوان یک فرد از طبقه اجتماعی متوسط که تجارب و چالش‌های جدی بحرانی در زندگی نداشته و به میزان مراجع خود آسیب ندیده‌اید نتوانید خود را به جای او بگذارید. یا برعکس ممکن است تجارب ناخوشایند مشابهی با مراجع خود داشته باشید اما هم چنان نتوانید به خوبی او را درک کنید.

به یاد داشته باشید تمام انسان‌ها ارزشمند هستند، و این انسان‌های ارزشمند اعمال و رفتارهای نادرست انجام می‌دهند. لذا تشویق و تنبیه شما باید متوجه اعمال و رفتارهای این انسان‌های ارزشمند باشد.

یادتان باشد که قضاوت‌های شما، آن‌ها را به سمت اعمال و رفتارهای بهتر هدایت نمی‌کند که در این صورت برای حل مشکلاتشان مقابل شما نبودند و به قضاوت‌های اطرافیان بسنده می‌کردند.

با این توضیحات برای اطمینان از همدلی صحیح و اصولی رعایت نکات زیر الزامی است:

■ شخصیت افراد به عنوان یک کلیت را زیر سؤال نبرید.

■ از مقایسه کردن بپرهیزید.

■ مچ‌گیری نکنید.

■ به افراد برچسب و لقب نزنید.

■ به شرایط و محیطی که افراد در آن قرار گرفته‌اند، توجه کنید.

■ احساسات فرد را انکار نکنید.

■ فرد بازخواست نکنید.

در ادامه فهرستی از رفتارها و کلامهای غیر همدلانه فهرست شده‌اند که معمولاً به دلیل عادت ممکن است از افراد حرفه‌ای نیز سر بزنند. این موارد مانع رابطه‌ای موثر و همدلانه می‌شوند لذا باید تلاش کنید که از به کارگیری آن‌ها خودداری کنید:

نصیحت کردن	"من فکر می‌کنم..." "چطور تو... . نکردی."
پیشی گرفتن	"این که چیزی نیست؛ صبر کن ببینی چی به سر من آمد."
آموزش دادن	"این می‌تواند یک تجربه آموزنده‌ای برای تو بشود فقط اگر تو..."
دلداری دادن	"آن تقصیر تو نبود؛ تو بهترین کاری را که می‌توانستی انجام دادی."
قصه گویی کردن	"این برای من یادآور زمانی است که..."
مسدود کردن	"خوش باش، ناراحت نباش."
بازجویی کردن	"کی این آغاز شد؟"، "چرا این کار رو کردی؟"
تصحیح کردن	"این طوری اتفاق نیافتاد."
عوض کردن موضوع صحبت	"راستی..."
انکار احساسات	"دلیلی نداره که عصبانی بشی..."
پاسخ فیلسوفانه	"زندگی همین است. همه چیز مطابق میل ما پیش نمی‌رود، در دنیا همه چیز کامل نیست..."
دفاع از طرف مقابل	"تو هم باید شرایط همسرت رو درک کنی..."
روانشناسی و روانکاوی کردن	"علت این رفتار تو برمی‌گردد به شناخت و نگرش غلطی که به مسائل داری..."

در اینجا چند نمونه از روابط همدلانه مثال زده می‌شود:

مثال:

مراجع: دیگر نمی‌توانم این شرایط را تحمل کنم

مددکار اجتماعی: حتما در شرایط خیلی سختی قرار دارید.

مراجع: پدر و مادرم مدام تحقیرم می‌کردند و به من آزادی عمل نمی‌دادند. خانه ما هر روز میدان جنگ بود.

جلوی همه به من فحش می‌دادند.

مددکار اجتماعی: اینکه توی جمع سر آدم داد بکشند، احتمالا حس کوچک شدن و حقارت به آدم دست

می‌ده! و تحمل محیط ناآرام خانه باید خیلی سخت بوده باشه...

مراجع: اونا مدام آزادی‌های من رو می‌گرفتند. این کارو نکن اون کارو بکن. مدام می‌زدند توی سرم. من

اصلا قصد نداشتم باعث آبروریزی باشم و کار بدی نمی‌کردم اما اون‌ها مدام می‌گفتند تو آبروی ما رو بردی

مددکار اجتماعی: اگر درست متوجه شده باشم، اینکه شما تلاش می‌کردی این همه تلاشت دیده نمی‌شده

و اونجور که باید در خانه درک نمی‌شدی

همدلی نیاز به تمرین و خودآگاهی دارد.

برای این که بتوانید دشوار بودن امر همدلی را درک کنید به این مثال توجه کنید. تصور کنید شما مددکار خانگی سلامت در تهران هستید. اول این هفته دو مراجع جدید به مرکز شما رجاء داده می‌شوند و طبق معمول شما می‌بایست با آنها مصاحبه کنید و انتظار می‌رود بتوانید با آنها رفتاری محترمانه و مبتنی بر همدلی برقرار سازید. شما می‌دانید منظور از همدلی «درک احساسات و افکار طرف مقابل، لمس آنها و باز خورد دادن درک خود از این تجربه مراجع» است. در چنین وضعیتی مراجع اول دختر ۱۶ ساله‌ای است که اصالتاً تهرانی است و در بیان احساساتش بسیار توانمند است. او با جزئیات و در حالی که اشک می‌ریزد و موهای زرد رنگش را کنار می‌زند از خوشنهایی که در خانواده تجربه کرده، صحبت می‌کند. مراتب مصاحبه‌ی شما بعد از نیم ساعت و در حالی که بسیار متاثر شده‌اید به پایان می‌رسد. مراجع بعدی اما دختری است که از غرب کشور آمده و با ته لهجه‌ی محلی که دارد، روبروی شما قرار می‌گیرد. او که ۱۸ سال سن دارد تمایل چندانی به ابراز احساساتش ندارد و ضعف او در فارسی معیار صحبت کردن نیز مزید بر علت می‌شود. در طول مصاحبه توجه و توجه شما بر روی سوختگی روی صورت او متمرکز است.

■ به عنوان یک مددکار فکر می‌کنید آیا درک شرایط مراجعان در دو حالت فوق به یک اندازه برای شما دشوار خواهد بود؟

■ شما اگر در چنین شرایط واقعی قرار بگیرید، فکر می‌کنید دچار سوگیری حداقل در بعد احساسی خواهید شد؟

■ هر دو مراجع یک رابطه حرفه‌ای برقرار سازید؟

• انعکاس / بازخورد دادن

انعکاس عبارت است از منعکس کردن و برگرداندن بخش یا کل پیامی که دیگران آن را با ما درمیان گذاشته‌اند (دیکسون، ۲۰۰۴). انعکاس می‌تواند بنابر دلایل متعددی صورت پذیرد از جمله:

- بررسی اینکه ما پیام را درست دریافت کرده‌ایم.
- تمرکز روی جنبه خاصی از محتوی
- نشان دادن همدلی

به خاطر داشته باشید که بازخورد دادن از اهمیت قابل توجهی برخوردار است زیرا از یک سو وسیله‌ای است برای محک زدن شنیده‌ها و برداشتهای شماست و از سوی دیگر وسیله‌ای است برای کمک به فرد مقابل تا دریابد که آیا واقعاً آنچه را که احساس می‌کند به درستی منتقل کرده است یا خیر. آنچه در بازخورد دادن بسیار حائز اهمیت است اینکه:

لازم است که توصیفی بازخورد بدهید، نه قضاوتی و ارزشیابانه.

منظور از توصیفی بودن بازخوردها:

- یعنی در هنگام بازخورد به رفتار یا احساس مراجع برچسب اخلاقی یا ارزشی نزنیم!
- قضاوتهای خود را وارد لحن یا محتوای کلام خود نکنیم: مثلاً در بازخورد به مراجعی که اذهان به تنها گذاشتن مادرش در شرایط دشوار خانه می‌کند نگویید: «پس شما گفتید که خیلی راحت و بدون توجه به مادرت، اون رو تو خونه رها کردی و رفتی»

بهتر است با اول شخص مفرد و ضمیر من بازخورد بدهید. این کار به مراجع این فرصت را می‌دهد که در صورت اشتباه کردن، نظر شما را اصلاح کند:

"من متوجه شدم که شما.... کردید" یا "من اینگونه تصور می‌کنم که شما..... داشتید"

نکته قابل توجه دیگر که مددکار اجتماعی در جریان مصاحبه خود باید به آن دقت کند این است که دلیل

بازخورد خود را توضیح دهد:

"بیا باهم مرور کنیم که آیا من درست متوجه شدم یا نه....."

همانطور که می‌دانید، انواع بازخورد به دو گروه اصلی تقسیم می‌شوند بازخورد احساسی و هیجانی و

بازخورد محتوایی:

• سطوح انعکاس

مراجع: انگار خانواده م دوست ندارند، من برگردم. البته من خیلی هم خوشحالم مهم نیست و اصلا نمی دونم هم چرا مهم نیست!

سطح انعکاس	تعریف	مثالی از پاسخ
تکرار	قسمتی از آنچه که مراجع اظهار می کند را تکرار کنید	شما اخیرا احساس می کنید خانواده دوست ندارن که برگردید
بازگویی	با استفاده از چند لغت هم معنی همان چیزی را بگویید که مراجع اظهار کرده	از اینکه خانواده دوست ندارن برگردی خوشحالی و نمی دونی هم چرا
تفسیر اظهار نظر	تفسیر کردن و یا حدس زدن در مورد منظور آن چه که مراجع اظهار کرده و انعکاس آن به مراجع	دوست دارید بدونید که چرا خوشحالید از اینکه خانواده دوست ندارن شما برگردید
انعکاس احساس	تاکید روی ابعاد عاطفی از طریق اظهارات احساس و استعاره ها	این واقعا خیلی ناراحت کننده است که آدم قادر نباشد احساسات خودش را درک کند
اقتباس از آر کوتیز و دیگران (۲۰۰۷) به نقل از دوست قرین (۱۳۹۵).		

• بازخورد محتوی

راه های متعددی برای بازخورد صحبت های مراجع وجود دارد، راحت ترین نوع بازخورد این است که آنچه که گوینده گفته است را تکرار نمایید. برای این کار می توانید با تکرار چند کلمه آخر گوینده، او را به ادامه گفتار تشویق کنید (البته نباید خیلی زیاد از این تکنیک ها استفاده کنید).

در سطحی بالاتر می توانید گفته های مراجع را با کلمات و ادبیات خود بازگو کنید. به عبارت دیگر یک صورت بندی تازه از محتوای صحبت با لحاظ کردن نکات عمده گفتار مراجع ارائه دهید. بازگویی فواید متعددی در برقراری یک رابطه حرفه ای دارد:

■ یکی از بهترین ابزارهای گوش دادن فعال است.

■ باعث می شود که اصل موضوع معلوم گردد و مصاحبه هدفمند شود.

■ باعث می شود که بار منفی صحبت برداشته شود (به ویژه در مسائل حساس و ممنوعه از نظر اجتماعی که مراجع با تردید آن ها را بیان می کند)

اما در سطح بالاتر از بازگویی، می توانید پس از این که مراجع مباحث متعددی را مطرح کرد، در یک جمع بندی سخنان گوینده را باهم ترکیب کنید و به او منعکس کنید. در واقع خلاصه ای از نکات کلیدی و مهم

را از دل صحبت‌های پراکنده مراجع استخراج کنید و بازخورد دهید و با او درستی برداشت خود را چک کنید.
با خلاصه‌سازی در شکل نوعی بازخورد دادن، چندین دستاورد خواهید داشت:
■ به مصاحبه جهت می‌دهید.
■ مصاحبه قبلی را مرور می‌کنید.
■ مراجع را تحریک می‌کنید که به کاوش کامل موضوعات مهم بپردازد.
■ به ویژه زمانی که گفته‌های مراجع مغشوش، طولانی یا بی‌هدف است موثر است.
■ کمک می‌کند که شما بر واقعیات متمرکز شوید و نه بر هیجان‌ها.
■ به مراجع کمک می‌کنید که بعد از شنیدن خلاصه شما افکارش را مرتب کند.
■ باعث می‌شود که رئوس اختلاف نظرهای موجود بین شما و مراجع معلوم شود تا بتوانید یک به یک با آن‌ها مواجه شوید.

یکی از اهداف اصلی مصاحبه و مداخلات شما این است که به افراد کمک کنید تا خود را همانطور ببینند که دیگران می‌بینند. بازخورد مناسب و موثر شما می‌تواند این هدف را محقق کند.

• بازخورد احساسی و هیجانی

اگر یک قدم بخواهید فراتر از محتوای ظاهری کلام و بازخورد محتوایی بروید و مراجع را نسب به احساسات و هیجانات خود آگاه سازید، می‌توانید از بازخورد احساسی استفاده کنید.
به خاطر داشته باشید انعکاس احساس عبارت است پاسخ دادن به احساس یا وجه عاطفی پاسخ مراجع و نادیده گرفتن جنبه‌های شناختی یا محتوای آن.
اما این نوع بازخورد ظرافت و دقت بیشتری در مقایسه با قبل می‌خواهد، در واقع سعی کنیم آنقدر گوش دادن را ادامه دهید که مراجع شما مطمئن شود احساسش را درک کرده‌اید. احساس درست را برداشت کنید و این احساسات را با کلام و عبارت مشابه و متناسب با فرهنگ و ادبیات مراجع بازگو کنید.

نکته: لحن و نوع بیان شما باید به گونه‌ای باشد که "این احساسات را با وی چک کنید که آیا درست متوجه شده اید یا نه؟" در واقع با لحنی سوالی و تأکید بر این امر که برداشت شما این بوده است، جایی برای عدم تایید مراجع بگذارید تا بتواند شما را اصلاح کند.

تلاش کنید که از تکرار عین کلمات مراجع خودداری کنید:

■ **مراجع:** خیلی ناراحت شدم

■ **مددکار اجتماعی:** پس شما ناراحت شدید!

نکته: شما می‌توانید از یک عبارت مقدماتی استفاده کنید و بعد از آن احساسی که به نظر می‌رسد مراجع تجربه کرده را مطرح کنید:

■ به نظر می‌رسد که احساس می‌کنید ...

■ به عقیده شما ...

■ به نظر می‌آید

■ به عبارت دیگر احساس می‌کنید ...

■ استنباط من این است که

در حالت کلی و در صورتی که با استفاده از هر شیوه و تکنیکی در حال مصاحبه اولیه با افراد زیر ۱۸ سال

هستید به عنوان مددکار اجتماعی در جریان مصاحبه اولیه نکات زیر را رعایت کنید:

■ به عنوان مددکار اجتماعی هنگام انجام تحقیقات اولیه نهایت تلاش خود را برای ایجاد فضایی امن و دوست‌دار مراجع صورت دهید.

■ اگر مراجع برای انجام مصاحبه آمادگی ندارد، نباید او را تحت فشار قرار دهید. سعی کنید با ایجاد یک فضای امن و ایجاد اطمینان خاطر او را برای مصاحبه آماده کنید.

■ می‌توانید در حضور یک شخص قابل اطمینان مصاحبه را صورت دهید.

■ باید متناسب با سن او صحبت کنید. نباید او را برای پاسخ دادن به سوالات تحت فشار قرار دهید.

■ در گفتگو از لغات صریح و ساده و متناسب با سطح رشدی وی استفاده کنید.

■ تا جایی که امکان دارد در طول مصاحبه از رویارویی مستقیم کودک و کودک‌آزار ممانعت به عمل آورید.

■ اگر مراجع استرس دارد و یا نشانگان استرس پس از سانحه در او وجود دارد، مددکار موظف است ابتدا با تکنیک‌های تن‌آرامی و ریلکسیشن، او را آرام کند. می‌توانید از یک روان‌شناس کمک بگیرید.

■ اگر مراجع از اختلالات شنوایی یا گفتار و زبان رنج می‌برد، باید ترتیبی اتخاذ کنید تا با کمک یک مشاور ارتباط بهتری با او برقرار کنید.

■ می‌توانید از تیم مداخله در بحران که قبلاً با او ارتباط گرفته‌اند برای مصاحبه کمک بگیرید.

■ باید نگرانی‌های مراجع را نسبت به فرآیندهای حقوقی و پس از آن رفع کنید. به او اطمینان خاطر دهید که کنار او هستید.

■ سطح شناختی مراجع را بررسی کنید.

■ تمام مصاحبه‌ها و تحقیقات باید توأم با رفتاری احترام‌آمیز و در کمترین دفعات و کوتاه‌ترین زمان ممکن و با در نظر گرفتن نیازهای خاص او صورت گیرد.

• ملاحظات فرهنگی و اخلاقی در برقراری رابطه

مددکار اجتماعی باید مشخص کند آیا تفاوت‌های موجود بین او و مراجع می‌تواند به عنوان مانعی در راه درک

آن چه برای مراجع مهم است قرار گیرد. هویت مذهبی و فرهنگی می‌تواند دو عامل مهمی باشد که دیدگاه

مددکار را تحت تاثیر خود قرار دهند و فقط زمانی می‌تواند متوجه شود که تحت تاثیر این تفاوت قرار نگرفته

که آن را ظرافت و حساسیت خاصی از مراجع مورد پرسش قرار دهد (مکلود، ۲۰۰۷).

موانعی که می‌تواند به شدت بر ارتباط بین مددکار و مراجعی او تاثیرگذار باشد شامل موارد زیر است:

- عدم وجود زمان کافی و مکان مناسب

- درک منفی نقش، وظیفه و هویت مددکاری اجتماعی

- استفاده ضعیف از خود توسط مددکار

- عواطف قوی، ادراکات غلط و پیامدهای مرحله ای خاص از زندگی که موقعیت را تحت سلطه خود درآورده‌اند.

- پویایی‌های بین فردی

- تفاوت‌های جایگاه مددکار و مراجع

آن‌چه بیانگر یک موقعیت چالش برانگیز است می‌تواند کاملاً در نظر یک فرد دیگر متفاوت باشد و رفتاری قابل کنترل و مدیریت منظور گردد. در این جا برای درک مطلب، موقعیتهای چالش برانگیز به دو عنوان خلاصه می‌شوند:

۱- در جایی که توانایی افراد درگیر در ارتباط، به راههایی کشیده است که باعث بروز واکنشهای دفاعی توسط فرد می‌گردد (نظیر حسی از تهدید یا خطر)

۲- در جایی که توانایی افراد درگیر در ارتباط به راههایی کشیده شده که باعث بروز ناراحتی و یا عواطف مشکل دار می‌شود.

۲

پیوست ۲

کارابزارهای ارزیابی

۸. کارابزارهای ارزیابی

مددکاران اجتماعی در ارزیابی‌های خود می‌توانند از چند کارابزار مهم بهره بگیرند. در این جا به سه مورد از مهمترین آنها اشاره می‌شود.

• بوم‌نقشه

اکومپ یا بوم‌نقشه ابزاری است که خانواده را در ارتباط با سایر نظامهای پیرامونی مجسم می‌کند. این ابزار مزایای فراوانی دارد. برای نمونه به مراجع یادآوری می‌کند خود و خانواده را در ارتباط با سایر نظامها مشاهده کند، ارتباطات مخدوش را شناسایی کند و..... به هر تقدیر با استفاده از بوم‌نقشه موارد زیر برای مددکار و به ویژه مراجع به راحتی قابل فهم می‌شوند:

- نظام بوم شناختی و مرزهایی که فرد و خانواده را احاطه می‌کند.
- نظامهای عمده‌ای که زندگی خانواده و روابط خانواده را تشکیل می‌دهند.
- روابط مهرآمیز یا توام با تنش بین خانواده و جهان پیرامون
- منابع موجود یا کاستی‌ها و محرومیتها
- ماهیت روابط خانوادگی
- تعارضهایی که باید در آن میانجی‌گری کرد.
- منابعی که باید جستجو کرد.
- پلهای ارتباطی که باید بنا شود.
- مهارتهای ارتباطی، اجتماعی و رابطه‌ای که فرد برای استفاده محیط و کنار آمدن با محیط بدانها نیاز دارد.

در اینجا با ذکر یک نمونه به صورت خلاصه شیوه‌ی ترسیم بوم‌نقشه اشاره می‌شود.

در اینجا مراجع پسر بچه‌ی ۵ ساله‌ای است که با مادر ۳۷ ساله و افسرده‌اش زندگی می‌کند و پدر خانواده ازدواج مجددی داشته و به دلیل اعتیاد با آنها ارتباطی ندارد. عمه‌ی مراجع برخی اوقات آنها را حمایت می‌کند. آنها در منزل پدر بزرگ پدری زندگی می‌کنند. فرزند دیگر خانواده دختر ۱۱ ساله‌ای است که با پدر بزرگ که خود نیازمند مراقبت است، زندگی می‌کند و مشکل تحصیلی دارد. خاله‌های مراجع رابطه‌ای با مراجع و مادر او ندارند.



۷. روابط خانواده را درون دایره مرکزی ترسیم کنید.

۸. سایر نظامها و افراد را در دایره‌های بیرونی ترسیم کنید.

۹. ارتباطات خانواده و اعضا را با افراد و نظام‌های بیرون، ترسیم کنید.

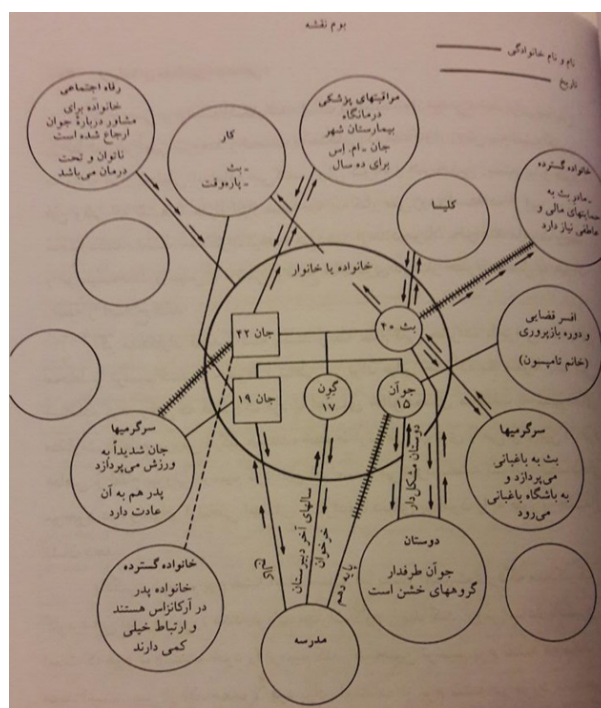
۱۰. علامت خط چین نشانگر ارتباط ضعیف است.

۱۱. خطوط هاشور خورده نشانگر روابط مخدوش و متشنجو توام با فشار روانی است.

۱۲. راهنمای بوم‌نقشه را در قسمت پایین آن ترسیم کنید.

۱۳. با فلش جهت ورود منابع مالی، انرژی و عواطف را در ارتباطات ترسیم کنید.

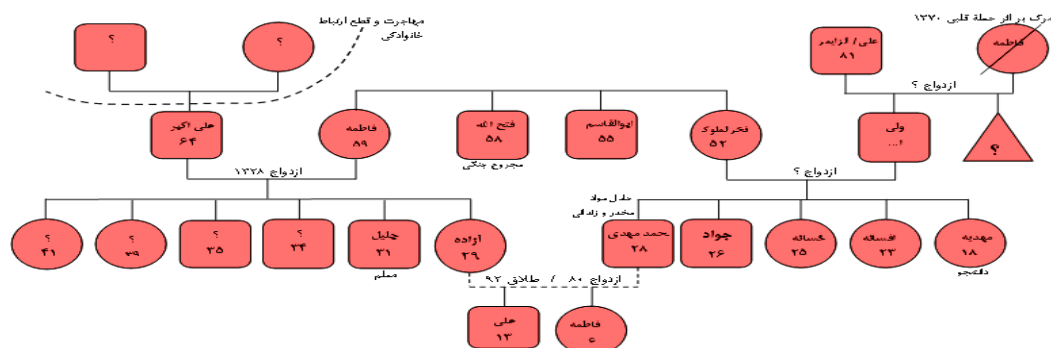
برای ترسیم بوم‌نقشه مراجعان خود می‌توانید همانند نمونه زیر گام به گام پیش بروید.



• ڙنوگرام

 متوفی
 دوقلوی همسان
 دوقلوی غیر همسان
 مرد
 زن

در ادامه دو نمونه ژنوگرام ترسیم شده توسط مددکاران اجتماعی را ملاحظه می کنید.



نکته مهم: یکی از خروجی‌های مهم ژنوگرام و اکومپ، بررسی وضعیت زندگی سایر اعضای است که ممکن است تحت شرایط خشونت‌زا و یا آسیب‌زنده زندگی کنند. به عنوان مددکار اجتماعی لازم است در ارزیابی‌های خود به این موارد توجه کند و اگر بررسی‌ها حاکی از بیم آسیب برای سایر اعضای خانواده به ویژه زنان و دختران وجود دارد، از مراجع مرتبط کمک بگیرید. در این رابطه می‌توانید از اورژانس اجتماعی کمک بگیرید و یا مراتب را به اطلاع مرکز مداخله در بحران برسانید.



پیوست ۳

شیوه‌های مقابله فرسودگی شغلی در
خانه‌ی سلامت

۹. شیوه‌های مقابله فرسودگی شغلی در خانه‌ی سلامت

امروزه کار و فعالیت در جوامع شهری، استرس‌های فراوانی را برای افراد ایجاد می‌کند. کار و فعالیت در برخی مشاغل نیز به لحاظ ماهیت و شرایط کاری می‌تواند موجب استرس‌های فراوانی در متصدیان آن مشاغل باشد (شجاع فرد و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۸). پرسنل سیستم درمانی و اجتماعی به ویژه خدمات فوریتی به دلیل مواجهه با استرس‌های فیزیکی، روانی و هیجانی به شدت در معرض فرسودگی شغلی هستند (همان، ۵۹).

فرسودگی شغلی از عمده‌ترین پیامدهای اجتناب‌ناپذیر استرس شغلی است و منظور از آن یک احساس ذهنی درونی است که باعث ایجاد احساسات و نگرش‌های منفی مانند نارضایتی و از دست دادن تعهد نسبت به شغل در افراد می‌شود و در نهایت با ایجاد اختلال در عملکرد حرفه‌ای افراد که می‌تواند به نتایج نامطلوبی مانند غیبت، ترک کار و کاهش بهره‌وری برای فرد و سازمان ختم شود، اثرات زیان باری ایجاد می‌کند (بزا و برسین، ۲۰۰۴: ۶-۳۵۱). فرسودگی شغلی را می‌توان به عنوان یک واکنش در برابر فشارهای مزمن و پاسخ به فشارهای کاری یا سازمانی معرفی نمود (مشتاق عشق و همکاران، ۱۳۹۳: ۳۳). این اصطلاح برای اولین بار در سال ۱۹۷۴ توسط پزشکی به نام هربرت فرویدنبرگ در یک مجله روانشناسی استفاده شد. مسلسل و پینز برای اولین بار این واژه را در ۱۹۷۷ در کنگره‌ی سالانه روانشناسان امریکا بیان کردند. (رودریگز، ۲۰۰۶: ۱۴۳). سندرم فرسودگی شغلی با علائم خاصی مشخص می‌شود که شامل «**خستگی هیجانی**»، «**مسخ شخصیت**» و «**احساس عدم کفایت شخصی**» است. کارکنان حرفه خدمات اجتماعی از اولین منتخبین فرسودگی شغلی محسوب می‌شوند پرسنل این نوع از مشاغل به طور مداوم با بار هیجانی سنگین مواجه می‌گردند که قادر به تخلیه هآن نیستند؛ مانند مواجه شدن مستقیم با صحنه‌های مرگ، مواجهه با صحنه‌های طاق‌فرسای درد و رنج در حوادث و سوانح یا در تماسی بودن با سایر عوامل تنش‌زای حرفه‌ای (مونتیو و همکاران، ۲۰۰۷: ۶۵-۵۵۴).

کار کردن در محیطی که مراجعان آن دارای تجارب ناخوشایندی نظیر انواع خشونت‌ها و تروماهای ناشی از آن هستند، مزایا و معایب خاص خود را دارد. یکی از مواردی که می‌تواند به عنوان چالش برانگیزترین نکته در کار با افراد آسیب دیده مطرح شود، اثرات مستقیم ناشی از شنیدن و مراجعه شدن با تجارب ناخوشایند مراجعان است که به آن «**ترومای ناشی از تروما**» می‌گویند.

ترومای ناشی از تروما، زمانی رخ می‌دهد که شما به عنوان یک فرد حرفه‌ای با مراجع دارای تجارب خشونت و تروما، کار کرده و از مهارت‌هایی نظیر همدلی و شفقت استفاده می‌کنید که بار عاطفی زیادی را بر شما وارد می‌آورد. به عبارتی دیگر این پدیده زمانی رخ می‌دهد که یک فرد حرفه‌ای در حال تلاش برای کمک رسانی به فرد نجات یافته از تروما (نظیر تجارب تجاوز، خشونت ها و...) است.

میزان فرسودگی و آسیب دیدگی‌های روانی اشخاص حرفه‌ای در کار با افراد دارای تجربه تروما، به عوامل مختلفی بستگی دارد. برخی از این عوامل شامل موارد زیر می‌شود:

■ میزان اطلاعات دریافت شده از مراجع راجع به ترومای تجربه شده

■ میزان حمایتی که مددکار اجتماعی در محیط کاری و زندگی خود دریافت می‌کند

■ میزان تجربه‌های شخصی خود مددکار اجتماعی درباره ترومای مراجع

نشانه‌های فرسودگی شغلی

اثرات و فرسودگی‌های ناشی از کار با تروما، در سطوح مختلف شخصی و حرفه‌ای در زندگی مددکار اجتماعی قابل مشاهده و احساس است. نمونه‌هایی از مواردی که تروما می‌تواند در زندگی مددکار اجتماعی اثرگذار باشد در جدول زیر آورده شده است:

تأثیرات ناشی از کار با تروما			
عملکرد شغلی	اخلاق	رفتار	روابط بین فردی
- وسواس درباره جزییات	کاهش علاقه	تغییر شغل زیاد	روابط ضعیف
- کاهش بهره‌وری	بی تفاوتی	پرکاری	تنش زیاد با کارکنان
- اجتناب از کارهای خاص	نارضایتی	تاخیرهای زیاد در محل کار	کناره‌گیری از دیگران
- کاهش انگیزه	کاهش اعتماد بنفس	- خستگی زیاد	بی تابی و کم‌طاقتی

با این توضیحات به نظر می‌رسد در نهایت بهای فرسودگی شغلی مددکار اجتماعی را مراجعان می‌پردازند؛ چرا که به دلیل این مسئله، کیفیت ارائه خدمات و نیز رضایت مراجعان کاهش می‌یابد (استیو وارت، ۲۰۰۹ به نقل از شجاع فرد و همکاران، ۱۳۹۳: ۵۹). فرسودگی شغلی برای خود فرد نیز مشکلاتی ایجاد می‌کند؛ مسائلی مانند غیبت زیاد، سوء مصرف مواد مخدر و داروها، بی تفاوتی در کار و کاهش انگیزه کاری در این افراد بیش از سایرین بوده و در نتیجه بر رضایت شغلی و سلامت روان آنان تأثیر می‌گذارد (شجاع فرد، ۱۳۹۳: ۵۹).

در کل می‌توان علائم و نشانه‌های فرسودگی را چنین بر شمرد:

- بی تفاوت نسبت به کار
- احساس کسالت و سستی و عدم تمایل به ادامه کار
- کاهش ظرفیت و قابلیت انجام کار
- اختلال در کار طبیعی دستگاه‌های بدن مانند جریان خون، تنفس، سیستم عصبی و...
- کمی و کیفی کار به علت کاهش قدرت و دقت
- افزایش ساعت غیبت
- افزایش حوادث ناشی از کار
- تشدید و ازدیاد اختلاف‌ها و برخوردها در محیط کار و زندگی (تنش و پرخاشگری در محیط کار و

خانواده)

- بروز عوارض عصبی و روانی و کاهش توانایی انجام کارهای روزمره زندگی در خارج از محیط کار
- اختلال در روابط اجتماعی، عدم توجه به وظایف اجتماعی و تمایل به معاشرت با دیگران
- پیری زودرس و کوتاهی عمر و مبتلا شدن به برخی بیماری‌ها
- مشکلات بین فردی و کناره‌گیری
- کاهش نیروی ذخیره شده در بدن

علاوه بر موارد فوق احساس ذهنی فروپاشی عاطفی و محرومیت و شکست، اغلب علائم جسمی از قبیل آشفتگی خواب، دردهای مزمن پشت، تغییرات فیزیولوژیکی (مثل اختلال در فشارخون)، سردرد و کاهش مقاومت در برابر عفونت نیز شایع هستند (ساراسون، ۱۹۸۴، ساعتچی، ۱۳۸۰).

مراحل فرسودگی شغلی

مرحله ماه غسل: زمانی است که ما در جایی استخدام می‌شویم و با شور و شغف خاصی کار خود را شروع می‌کنیم. اگر تشویق و رضایت به دنبال کار نباشد کاهش انرژی آغاز می‌شود و فرد بدون آن که خودش متوجه باشد به تدریج از انرژی جسمی و روانی تهی می‌شود.

کمیود کار ماهیه: مرحله‌ای است که فرد احساس کم آوردن انرژی می‌کند و نارضایتی شغلی و خستگی شروع می‌شود و فرد سعی می‌کند از طریق پناه آوردن به خوابیدن زیاد، مصرف سیگار، مواد مخدر و... به نوعی خود را فریب می‌دهد. **آغاز نشانه‌های مزمن فرسودگی:** در این مرحله خستگی مزمن، سردردهای دوره‌ای، ترش کردن معده، خشم و افسردگی، شدت پیدا می‌کند.

بحران: در این مرحله بدبینی عمیق، شک به تواناییهای شخصی، ناامیدی و بروز ذهنیت فرار از مشکلات ایجاد می‌شود.

مرحله به بن بست رسیدن: یعنی فرد مستعد خطر از دست دادن شغل می‌شود. با همکاران و مدیر در محل کار درگیر می‌شود. در خانه نیز با همسر و فرزندان خود برخوردهای مکرری نشان می‌دهد.

خودمراقبتی و پیشگیری از فرسودگی شغلی

همانگونه که در کار با مراجعان از آن‌ها حمایت و مراقبت می‌کنید لازم است این مراقبت را از خود نیز به عمل آورید. برخی از روش‌های ذهن آگاهی و رویکردهایی که به حضور در لحظه کمک می‌کنند می‌توانند در این مراقبت روزانه از شما موثر باشند و راهنمایی تان کنند که چه چیزی برای شما بهتر است تا از فرسودگی شغلی در امان باشید. این روش‌ها (که در ادامه توضیح داده می‌شوند) را می‌توان در طول روز و در موارد زیر استفاده کرد:

- زمان‌هایی که خود را برای جلسه با مراجع آماده می‌کنید.

■ در پایان جلسه مشاوره

■ آماده کردن خود برای اتمام ساعات کار حرفه‌ای و وارد شدن به زندگی شخصی

در جدول زیر به برخی از روش‌هایی که می‌تواند منجر به افزایش خودمراقبتی و پیشگیری از فرسودگی تان شود اشاره شده است:

تمرین‌ها		
آرام بخش‌ها	ذهنی	فیزیکی
نقل قول‌های الهام‌بخش را روی دیوار خود قرار دهید و آنها را هر زمان احتیاج دارید نگاه کنید.	دفتر کار خود و آنچه اطرافتان هست را به دقت نگاه و بررسی کنید. نام چیزی را که در اطرافتان هست با صدای بلند برای خودتان بخوانید؛ تصور کنید که مانند یک تلویزیون، کانال را در سر خود عوض می‌کنید.	پای خود را روی زمین احساس کنید، بر تنفس خود متمرکز شوید؛ بدن خود را کش بدهید و آب را روی دستان خود بریزید.
سایر روش‌ها:		
■ ایجاد تنوع در نقش‌ها و کارهای روزانه (به طور مثال انجام پژوهش، شرکت در کارگاه‌های آموزشی و ...) ■ ادامه تحصیل یا آموزش‌های ضمن خدمت ■ تعطیلات و استراحت‌های برنامه ریزی شده برای خود ترتیب بدهید. ■ با همکاران یا سرپرست خود برنامه گفتگو یا پرسش و پاسخ بگذارید. ■ اهداف واقع‌بینانه داشته باشید (اهدافی که متناسب با توانایی‌ها و امکانات شما باشد). ■ به کشف باورهای معنوی تان بپردازید. ■ از درمان‌های بدنی (body therapy) استفاده کنید.		

در ادامه، برخی از توصیه‌هایی که می‌تواند به سرپرستان برای پیشگیری از فرسودگی شغلی کارکنان بخش مراقبت نظیر مددکاران اجتماعی و روانشناسان کمک نماید اشاره می‌شود:

- بهتر است قبل از به کار گماردن افراد، توانایی‌های آنها را برای انجام کار از نظر فعالیت‌های فیزیکی، فیزیولوژیکی و روانی سنجید و افرادی را که دارای این توانمندی‌ها هستند به کار مشغول کرد.
- مناسب کردن شرایط محیط کار مانند کاهش سر و صدا، رطوبت و درجه حرارت مناسب، روشنایی کافی
- توجه به حق و حقوق کارکنان و کمک گرفتن از یک روان‌شناس برای بهبود روابط کاری
- توجه به این موضوع که تولید زیاد و افزایش بهره‌وری در صورت توجه به ارزشهای انسانی کارکنان بهتر
- رعایت عدالت و انصاف در محیط کار و مشخص بودن شرح وظایف کارکنان

- تعداد روزهای کاری و جمع ساعات کار هفتگی در محدوده ی پیش بینی شده در قوانین کار
- کاهش یا حذف حرکات غیر ضروری در کار و انجام دادن کار با سرعت متعادل
- ایجاد تنوع در کار
- استراحت‌های کوتاه بین کار
- پرهیز از اضافه کاری زیاد و غیر ضروری به ویژه در کارهای سخت.
- استفاده از تعطیلات و مرخصی‌های قانونی که به تمدد اعصاب و افزایش قدرت جسم و روان کمک می‌کند.
- کار نکردن در ساعات شب در صورت امکان، چون در هنگام شب خستگی زودتر به سراغ کارکنان می‌آید.
- توجه به رفاه کارکنان و تشویق آنها به انجام ورزش و تفریحات سالم. این کار به طور قابل ملاحظه‌ای سبب افزایش توانمندی افراد و مقابله با خستگی می‌شود.
- توجه به وضعیت روانی کارکنان در خارج از محل کار
- مصرف نکردن بیش از حد مواد محرک مثل قهوه و چای
- عدم مصرف دخانیات، مواد مخدر و داروهای آمفتامین
- استراحت و خوابی کافی

■ نکته

- مشارکت با مراجعان برای حفظ آنان و ایجاد اعتماد لازم است. معمولاً نوعی از همدلی که ابرازکننده نگرانی قلبی و مشخص کننده مرزهای حرفه ای باشد توصیه می‌شود و نباید در حدی باشد که منجر به آسیب دیدگی مددکار اجتماعی و درگیری بیش از اندازه او شود.
- مددکار اجتماعی برای مشخص کردن میزان ترومای نیابتی یا ترومای ناشی از کار با تروما، باید به سه نکته کلیدی (□□□) توجه کند:
- ۱. آگاهی از نیازها، احساسات و محدودیت‌های خودمان
- ۲. تعادل میان کار، استراحت و اوقات فراغت
- ۳. ارتباط با خود، دیگری و روابط معنوی
- در پژوهشی که محققان UBC انجام داده اند، روش‌هایی برای پیشگیری از فرسودگی‌های ناشی از کار با تروما توصیه شده است. این توصیه ها شامل موارد زیر می‌باشد:
- -افزایش مهارت ذهن آگاهی و خودآگاهی
- -خودمراقبتی جامع
- -مبارزه با انزوا
- -خوشبینی فعال

مددکار اجتماعی به عنوان فردی حرفه‌ای که با مراجعان دارای ویژگی‌ها و فرهنگ‌های متفاوت کار می‌کند،

پیش از هر اقدامی باید برای پیشگیری از فرسودگی‌های روانی ناشی از کار با آسیب دیدگان، به میزانی از خودآگاهی دست پیدا کند که بتواند اثرات احتمالی ناشی از فرسودگی شغلی را به حداقل برساند. بنابراین لازم است تا فرمی شبیه آنچه در ادامه ارائه شده است را به صورت روزانه با خود همراه داشته باشد.

فرم خودمراقبتی مخصوص کارکنان بخش‌های مراقبتی کار با افراد دارای تجربه تروما

۱. برای آماده شدن جهت برگزاری جلسه با شخص دارای تجربه تروما که کمک نیاز دارد، من خودم را با ...

..... مدیریت و کنترل می‌کنم.

زمانی که شود به خودم یادآوری می‌کنم که

.....

مراحلی که برای فهم تفاوت‌های فرهنگی و شخصی با مراجع انجام می‌دهم:

.....

آگاهم که کار کردن با افراد دارای تجربه تروما، زمانی روی من تاثیر منفی می‌گذارد که

.....

زمانی که این اثر شروع شود، من خودم را با آرام می‌کنم.

اشخاصی که می‌توانند از من حمایت کنند:

۱. در محل کار

۲. در بیرون از محل کار

دو روش خودمراقبتی که به من برای مدیریت خودم کمک می‌کنند:

۱.

.....

۲.

.....



پیوست ۴

باید و نبایدها در خانه‌ی سلامت

۱۰. باید و نبایدها در خانگی سلامت

به عنوان مددکار اجتماعی لازم است برخی موارد را رعایت کنید. به برخی از این موارد به صورت اجمالی در این پیوست اشاره می‌شود:

- به عنوان مددکار اجتماعی باید خود را نسبت به حفظ امنیت مراجعان مسئول بدانید.
- همواره باید در دسترس و به عبارتی □□ □□□□ باشید. در موارد زیادی لازم می‌شود خارج از ساعات معمول کار اداری، در مرکز حاضر شوید و یا پیگیر امور مراجعان شوید.
- نسبت به حفظ اصرار و اطلاعات مراجعان کاملاً محتاط با دقت و احتیاط عمل کنید.
- شأن حرفه‌ای خود را با رعایت کدهای اخلاقی و ارتقاء سطح علمی و نیز اقدامات تخصصی حفظ کنید.
- همواره از جایگاه مددکار اجتماعی ضمن احترام به تخصص سایر همکاران، دفاع کنید.
- در پیگیری موضوعات مربوط به مراجعان خود نهایت تلاش‌تان را به خدمت بگیرید.
- همواره گوش به زنگ باشید و برای توسعه‌ی منابع و منافع به نفع مراجعانتان از هر فرصتی استفاده کنید.
- تمام ارتباطات و منابع موجود و در دسترس خود را در جهت ارتقاء تلاش حرفه‌ای خود به نفع مراجعانتان به خدمت بگیرید.
- همواره صحت و سقم اطلاعات را با استفاده از منابع مختلف واری کنید.
- با مراجعانتان وارد رابطه‌ی قدرت نشوید. سعی نکنید با آنها زورآزمایی کنید.
- به خاطر داشته باشید در نهایت مددکار اجتماعی نقش حامی و مدافع مراجع را دارد.
- به تخصص سایر همکاران خود احترام بگذارید.
- سعی کنید برای توسعه‌ی منابع خود با کانون‌های تصمیم‌گیری و قدرت ارتباط برقرار کنید.
- در ارتباطات خود با سازمان‌ها و نهادهای مختلف رابطه‌ای متقابل برقرار کنید. شما هم می‌توانید به آنها کمک کنید.

نبایدها در اقدامات مددکاری اجتماعی خانگی سلامت:

- به بهانه‌ی دوستی و یا تشابهات قومی، زبانی و... رابطه‌ی حرفه‌ای خود را با مراجعانتان نقش نکنید. همواره با آنها گرم، صمیمی، جدی باشید. دامنه‌ی روابط شما باید به اقدامات تخصصی تا حد امکان محدود شود.
- به جهت کنجکاوی از آنها سوال نپرسید. هر سوال شما باید مبتنی بر یک هدف باشد.
- نسبت به ثبت اطلاعات و اقدامات اهمال نکنید.
- مسئولیت اقدامات خود را به دیگران واگذار نکنید.

- از کنار اظهارات و شواهد دال بر خودکشی آسان نگذرید. طبق دستورالعمل اقدام کنید.
- از تصمیم‌گیری شتاب‌زده پرهیز کنید. سعی کنید با هم فکری و مشورت سایر همکاران خود و مشارکت دادن مراجع وارد اقدام شوید.
- از منابع درونی و پیرامونی مراجع غافل نشوید. به خاطر داشته باشید او قبل از این که با شما و خانه‌ی سلامت آشنا شود، توانسته زندگی کند و در هر حال مدیریتی بر زندگی خود داشته باشد.
- هرگز نزد مراجع و یا افراد وابسته به آنها پشت سر همکاران بدگویی نکنید.
- هرگز با مراجع خود وارد ائتلاف مخرب نشوید. برای نمونه قانون‌شکنی آنها را کتمان نکنید.



پیوست ۵

گزارش نویسی

۱۱. گزارش‌نویسی

مددکاران اجتماعی در ضبط و ثبت به سه شیوه مشخص اقدام می‌کنند که به طور مختصر در زیر به هریک از آن‌ها اشاره می‌شود. در مددکاری شما ممکن است مجبور باشید که گزارش خلاصه‌ای از پیامدهای کلیدی موضوعی را بیان کنید. این گزارش می‌تواند به منظور ارائه حمایت مالی و عاطفی برای فردی باشد که به مسئول مربوطه نوشته می‌شود و یا گزارشی رسمی برای دادگاه باشد که مددکار موظف به انجام آن است. طول گزارش و ساختار آن بستگی به متنی دارد که در گزارش نوشته می‌شود.

به طور کلی یک گزارش اصولی در مددکاری برای ارائه به مراکز رسمی شامل ویژگی‌های ذیل است:
■ گزارش به پیوست یک معرفی نامه ارائه شود.

■ گزارش با یک «بیان مقدماتی» شروع شود که شامل هدف، موضوع و ضرورت تهیه‌ی گزارش باشد.
■ در صورت امکان یکی از ابزارهای ارزیابی به ویژه بوم‌نقشه یا دست کم خط سیر زمانی خانواده را در خود داشته باشد.

■ برخی جوانب ارزیابی نظیر ارزیابی فردی، خانوادگی و بحران و... را در بر داشته باشد.

■ دارای برنامه‌ی کمکی و خلاصه‌ای از توصیه‌های احتمالی برای اقدامات بعدی باشد.

■ قسمت اصلی گزارش دارای تیترهای مشخص باشد.

■ پیوست‌ها یا اطلاعات مربوطه و اسناد و مدارک دیگر ارائه شود

■ از واژگان و تعاریف رسمی استفاده شود.

■ تعریف مفاهیم و واژه‌ها به شکل دقیق مشخص باشد.

در گزارش‌نویسی به صورت کلی موارد زیر رعایت شود:

■ درخواست خود را در سربرگ رسمی سازمان بهزیستی تهیه کنید.

■ درخواست خود را ممه‌ور به مهر خانه سلامت و یا سازمان بهزیستی و نیز امضای مدیر مرکز برسانید.

■ مختصر بنویسید.

■ گزارشتان توصیفی باشد و شرح دقیق از مشاهدات و مصاحبه‌های شما و دیگران باشد.

■ از عبارات تشخیصی استفاده نکنید. برای نمونه تنها زمانی از اصطلاح افسردگی استفاده کنید که روانپزشک و یا روانشناسی آن را تایید کرده باشد.

■ منبع اطلاعات ذکر شود. برای نمونه یادآوری کنید «در طی مشاهدات مستقیم مددکار اجتماعی»، «طی تماس تلفنی با مادر مراجع»، «طی مصاحبه مددکار اجتماعی» یا «بنابر اظهارات سایر مراجعان» و....

صورت جلسه

توانایی در شنیدن و یادداشت کردن نکات کلیدی بحث‌ها و تصمیم‌های اتخاذ شده از مهارت‌های ارتباطی مهم بسیار ضروری هستند که مددکاران اجتماعی باید از آن برخوردار باشند. در نوشتن صورت جلسه، باید نکات زیر مورد توجه قرار بگیرند:

- ثبت ساختار جلسه: افراد حاضر و غایب، مطرح کردن صورت جلسه قبلی برای آگاهی از اقدامات این جلسه، دستور جلسه و جزئیات و تاریخ جلسه آینده
- به گونه‌ای تنظیم شود که برای افراد غایب نیز قابل درک باشد.
- مطالب دقیق و غیرمبهم باشد و تصمیمات به صورت مشخص یادداشت شوند.
- مشخص بودن اقداماتی که باید در آینده صورت گیرد (هیوز و ورینگ، ۲۰۰۷).

یادداشت کار با مراجع

یادداشت‌های کار با مراجع و گزارش چگونگی برگزاری جلسات می‌تواند از زوایای مختلفی دارای نقش‌های بسیار مهمی باشد. در سازمانها و نهادهایی که کار تیمی صورت می‌گیرد و کار مددکار جنبه رسمی‌تری دارد نوشتن گزارش‌های دقیق در مورد تصمیمات اتخاذ شده و دلایل آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (هیلی و مول هلند، ۲۰۰۷). به طور کلی ثبت دقیق یادداشت و گزارش کار با مراجع دارای فواید زیر است:

- اطلاعات مهم و حیاتی به منظور گزارش کردن به مقام قضایی که می‌توانند تصمیم‌نهایی رادر مورد مراجع بگیرند.
- وجود مستنداتی از مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای. (نشان می‌دهد که مددکار چگونه مسئولیت‌های خود را عمل کرده است)

- وجود مستنداتی از چگونگی تعهد مددکار به مراجع و مراقبین او نظیر خانواده
- اطلاعات مشخص در مورد مراجع برای بحث با مدیر مسئول و مقامات مربوطه
- ادامه کار توسط مددکاران دیگر در صورت انتقال یا استعفای مددکار اصلی
- اطلاعات مهم برای متخصصان دیگر و اعضای تیم
- وجود اطلاعات و داده‌ها جهت ارزیابی و بازرسی
- جزئیات خدمات ارائه شده و خدماتی که لازم بوده ارائه شود ولی در اختیار نبوده
- کمک به یادآوری آنچه در مورد خاصی انجام شده است.

ثبت خشونت در مدارک پزشکی

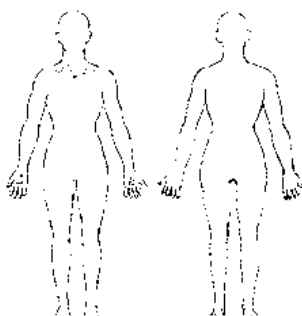
بوالهیری و همکاران (۱۳۸۹) بر ضرورت ثبت خشونت در مدارک پزشکی تأکید می‌کنند و به نقل از قریب و همکارانش (۲۰۰۴) می‌نویسند از آنجا که آزاری پدیده‌ای تکرارشونده است، ثبت کامل و روشن آن در پیگیری‌های قانونی اهمیت زیادی دارد. همه نشانه‌های آسیب باید به دقت توصیف شوند تا در صورت لزوم مورد استفاده قرار گیرد. در ثبت خشونت باید به نکات زیر توجه داشت:

- شکایت اصلی یا شرح مشکل اخیر همراه با تاریخ و ساعت حادثه به نقل از مراجع

- جزئیات رفتار خشن به نقل از مراجع و ارتباط آن با مشکل حاضر
- مشکل طبی حاصل از خشونت
- ظاهر و رفتار و طرز برخورد مراجع
- مشخصات فرد آزاردهنده و شاهدان ماجرا

بایدها در ثبت خشونت

- زمان حادثه‌ی منجر به آسیب باید بر اساس اظهارات قربانی و زمان معاینه ثبت شود. مفیدترین روش گذاشتن جملات قربانی در علامت دو گیومه "....." و به صورت نقل قول مستقیم است. نام فرد مرتکب خشونت بر اساس اظهارات قربانی باید ثبت شود.
- در ثبت خشونت خانگی، آنچه را که در معاینه می‌یابید، توصیف کنید. این توصیف باید شامل محل، شکل، اندازه و رنگ ضایعه یا ضایعات دیده شده باشد.
- مفیدترین روش، ترسیم ضایعات بر نقشه‌ی بدن است که نمونه‌ی آن در زیر آمده است.



نبایدها در ثبت خشونت

- در گزارش نباید از لغات مخفف حرفه‌ای استفاده کرد.
- هنگام ثبت، از به کار بردن برخی عبارات شک برانگیز مانند «مراجع ادعا می‌کند یا شکایت می‌کند» بپرهیزید. می‌توانید بنویسید: «مراجع اظهار می‌دارد یا گزارش می‌کند که... (مثلاً پدرش آقای علی احمدی مچ دستش را پیچانده است).»
- از عباراتی که امکان سوء تعبیر دارند، بپرهیزید. برای مثال بنویسید: «مراجع حالت هیستریک داشت»، بلکه آنچه می‌بینید و می‌شنوید را ثبت کنید. مثلاً بنویسید: «مراجع در حین بیان اینکه پدرش او را تهدید به کشتن کرده، می‌لرزید و گریه می‌کرد».
- از به کار بردن صفات مبهم در شرح حادثه نظیر آسیب بارز یا مشکوک خودداری کنید.
- در صورت مشاهده‌ی جراحاتی بر بدن مراجع، سعی نکنید زمان بروز آن‌ها را شخصاً تعیین کنید، زیرا ممکن است اشتباهات منجر به تردید و تناقض در پزشکی قانونی یا دادگاه شود (قریب و همکاران، ۲۰۰۴ به نقل از بواله‌ری و همکاران، ۱۳۸۹).



پیوست ۶

بسته‌ی مداخله مددکاری گروهی با
رویکرد قوت مدار^۱

۱. در تدوین این مداخله از پایان-نامه زیر استفاده شده است:
-بررسی اثر بخشی مداخله مددکاری اجتماعی با رویکرد قوت‌مدار بر تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار. (۱۳۹۵)، معصومه صیاد با
راهنمایی دکتر فردین علی پور و مشاوره ی دکتر ملیحه عرشی و عباسعلی یزدانی؛ پایان نامه کارشناسی ارشد رشته ی مددکاری اجتماعی
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

۱۲. بسته‌ی مداخله‌مددکاری گروهی با رویکرد قوت مدار

رسالت این برنامه این است که توانمندی‌های گروه هدف کشف شده و ارتقا پیدا کنند با این هدف که تاب‌آوری افراد و خانواده‌شان ارتقا پیدا کند.

این برنامه سه هدف کلی را دنبال می‌کند:

۱. شناسایی توانمندی‌ها و منابع موجود در زنان سرپرست خانوار
۲. ارتقای توانمندی‌های زنان سرپرست خانوار جهت رسیدن به سطح قابل قبولی از تاب‌آوری
۳. رواج رویکرد قوت مدار در رویارویی با چالش‌های موجود در زندگی زنان سرپرست خانوار

جلسه اول: معارفه و مقدمه

موضوع جلسه: معارفه، آشنایی طرفین با یکدیگر (مددکار اجتماعی و مشارکت‌کنندگان)، بررسی اهداف، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی.

■ **هدف جلسه:** برقراری ارتباط مثبت بین مشارکت‌کنندگان و مددکار اجتماعی

■ **فعالیت‌ها:**

■ گرفتن رضایت آگاهانه

■ مشخص کردن نقش‌ها و انتظارات

■ مشخص کردن تعهدات گروهی

■ اجرای پیش‌آزمون

■ **فعالیت ۱: فعالیت آشنایی**

■ زمان مورد نیاز ۴۰ دقیقه

در این فعالیت افراد نحوه‌ی سرپرست شدن خود را با دیگر اعضا به اشتراک می‌گذارند. در واقع در این جلسه با بازگو کردن تجربیات سرپرست خانواده شدن افراد احساسات بیان نشده‌ی خود را در فضای امن گروه با دیگر افراد به اشتراک می‌گذارند و در واقع پالایش روانی اتفاق می‌افتد.

بنابراین، برای شروع درمان (پالایش روانی)، ویلنسیا و شکسپیپر فینچ (۲۰۱۲) بر این عقیده هستند که افزایش آگاهی عاطفی از اثرات موقعیت بحرانی بر زندگی شخصی الزامی است.

تکلیف: داستان معرفی مثبت

افراد با بازگو کردن داستانی از تجربیات خود، نقاط قوت خود را در آن اتفاق ذکر می‌کنند.

جلسه دوم: آموزش ارتباط و حل مسئله با رویکرد قوت مدار، آشنایی با تاب آوری

هدف: آموزش برقراری روابط مثبت با افراد خانواده

■ مرور مطالب جلسات قبل

■ معرفی تاب آوری

■ معرفی خانواده‌های تاب‌آور و ویژگی‌های آنان

■ اهمیت و ضرورت تاب آوری

■ مرور معرفی مثبت

■ پرسش معجزه

پرسش معجزه چنین است «تصور کن یک شب وقتی تو خواب هستی، معجزه‌ای برای تو اتفاق بیفتد و مشکل تو حل شود، چگونه آگاه خواهی شد؟»

این سوال سازمان ذهن را برای حل مسئله فعال می‌سازد، زیرا دورنمایی از هدف در ذهنش ایجاد می‌کند. چنانچه درمانگر بتواند مراجع را، صرف نظر از مشکلش، تشویق به انجام آن کارها بنماید، شاید به ناگهان مشکل آنچنان بزرگ هم به نظر جلوه نکند.

پرسش معجزه زمانی بیشترین تاثیر و مورد استفاده را دارد که گلایه‌های مراجع مبهم هستند.

جلسه سوم: توسعه نگرش مثبت

هدف: ارتقای سطح تحمل و مثبت نگری

ارتقای نگرش مثبت با پرسیدن سوال‌های راه حل محور

فعالیت: رسم درخت حمایت‌های اجتماعی برای اعضای گروه

جلسه چهارم: مدیریت منابع اقتصادی و اجتماعی

هدف: مشخص کردن علایق و اهداف در زندگی، فراهم کردن فرصت‌ها برای تجربیات موفق، تمرین «تغییرات

کوچک و تجربیات موفق»

تکنیک نیمکت

یکی از روش‌های ایجاد تاب‌آوری در کار گروهی تکنیک نیمکت است که در «جوامع درمانی» کاربرد زیادی دارد. مراجع بر «نیمکت سکوت» می‌نشیند و سایر اعضای گروه دور تا دور او می‌نشینند و در تمام طول جلسه از او انتقاد می‌کنند. مراجعی که روی «نیمکت سکوت» نشسته است موظف است در تمام طول جلسه به حملات کلامی که به او وارد می‌آید گوش کند بدون این که در طول جلسه یا در پایان جلسه فرصت یابد از خود دفاع کند یا به انتقادات پاسخ دهد. در اینجا نیز، باز مراجع می‌آموزد که از «دوگانه ستیز- گریز» بیرون آید و با تاب‌آوری با محرک تهدیدکننده

مواجهه شود. استفاده از این تکنیک، علاوه در گروه های حساسیت‌آموزی یا به اصطلاح گروه های T نیز رایج است.

جلسه پنجم: گسترش داشته‌ها

هدف: ارزیابی نیازهای اولیه انسانی (فیزیولوژیک، ایمنی، اجتماعی و...) ■ تسهیل پذیرش و دریافت حمایت از گروه همسالان، مدل، آموزش و ارتقای رفتارهای جامعه پسند

تکلیف خانگی:

تکلیف خانگی در این جلسه، این است که از درمانجویان خواسته می‌شود تمرین در بسته و باز را تکمیل کنند. از درمانجویان خواسته می‌شود که سه دفعه که در زندگی ضرر کرده‌اند، طرح‌شان شکست خورده یا طرد شدن را تجربه کرده‌اند، به یاد آورند و سپس درهایی که در نتیجه این رویدادهای به ظاهر منفی باز شده را شناسایی کنند (رشید، ۲۰۰۸).

جلسه ششم: ارتقای عزت نفس، ارتقای کفایت اجتماعی

هدف: پرسیدن سوالات رویکرد قوت مدار، قدردانی از داشته‌ها، هدف گذاری و آموزش رسیدن به کفایت اجتماعی

معرفی تکنیک ABCDE

کاربرگ ثبت «زیر سوال بردن از طریق ABCDE»

رویداد ناگوار:
باورها:
پیامدها:
بحث با خود:

انرژی گرفتن:

جلسه هفتم: توسعه خود مراقبتی

هدف: معرفی چرخه ی متعادل و سالم خود مراقبتی در زندگی، نحوه نظارت بر این چرخه
■ دستورالعمل کمک به دیگران

جلسه هشتم: توسعه تفکر منطقی

هدف: همکاری در رسیدن به اهداف، آموزش و ارتقای هوش چندگانه، آموزش و ارتقای هوش هیجانی
رویکردهای ارزیابی چهاروجهی

جلسه نهم: تمرینهای ذهن آگاهی

هدف: آموزش حضور در لحظه و فواید آن، تمرکز بر نقاط قوت در لحظه ی کنونی
■ تنظیم اهداف

جلسه دهم: جمع بندی و نتیجه گیری، انجام پس آزمون

هدف: مروری بر جلسات گذشته

اختتامیه جلسات

انجام پس آزمون

جمع بندی

به نام خدا فرم پذیرش مراجع

تاریخ تکمیل:

شماره پرونده:

نام و نام خانوادگی مراجع: نام مستعار: تاریخ تولد: محل صدور:

کد ملی: شماره شناسنامه

تابعیت:

میزان تحصیلات: بی‌سواد - ابتدائی - راهنمایی - دیپلم - فوق دیپلم - کارشناسی و بالاتر

وضعیت تحصیلی:

در حال تحصیل (دانش‌آموز): (کلاس: رشته: معدل:)

دانشجو: (ورودی سال: ترم: رشته: معدل:)

ترک تحصیل: (میزان تحصیلات: محل آخرین دوره‌ی تحصیلی:

علت ترک تحصیل به نقل از مراجع:

آیا مراجع مایل به ادامه‌ی تحصیل است؟

آدرس محل زندگی خانواده:

.....

آدرس محل کار والدین:

توضیحات درج‌شده در حکم قضائی مراجع:

.....

مهارت‌ها و توانایی‌ها:

مهارت‌های فنی - صنعتی:

مهارت‌های هنری:

مهارت‌های ورزشی:

مهارت‌های آموزشی:

سایر:

وضعیت اشتغال مراجع: بیکار کارگر فصلی شغل ثابت

(نوع شغل:

درآمد ماهیانه:

شبکه ارتباطی / اوقات فراغت مراجع

مراجع بیشتر وقت خود را با چه کسانی سپری کرده است؟

.....

.....

مراجع در اوقات بیکاری و فراغت به چه کارهایی مشغول است؟

.....

.....

آیا مراجع مایل به یادگیری مهارت و شغل خاصی است؟

.....

.....

سابقه بیماری جسمی یا بستری و عمل:

سابقه بیماری روانی یا بستری در بیمارستان روانپزشکی:

مراجع در دو سال قبل از ورود به خانه‌ی سلامت، در کجا زندگی کرده است؟

آدرس و شماره تماس	محل زندگی (نزد خانواده، بستگان، مرکز اقامتی و)

آیا مراجع تحت پوشش سازمان حمایتی خاصی است؟

☐ کمیته امداد

☐ سازمان بهزیستی

☐ سایر:

آیا مراجع تحت پوشش بیمه است؟

☐ بیمه سلامت

☐ تامین اجتماعی

☐ سایر:

☐ بیمه نیروهای مسلح

آیا مراجع مواد و الکل مصرف می‌کند؟ (آخرین بار مصرف:)

بررسی رفتارهای پرخطر

آیا مراجع سابقه‌ی خود جرحی و خودزنی داشته‌است؟ ☐ خیر ☐ بله:

توضیحات در صورتی که پاسخ مثبت است:

.....

آیا خودزنی به آسیب جدی هم منجر شده است؟

.....

تعداد دفعات خودزنی: آخرین سابقه‌ی خودزنی:

جدی‌ترین اقدام به خودزنی:

آیا مراجع سابقه‌ی خودکشی داشته‌است؟ ☐ خیر ☐ بله :

فکر خودکشی ☐ طرح برای خودکشی ☐ اقدام به خودکشی ☐ (تعداد اقدام: تاریخ آخرین اقدام:)

آیا مراجع اقدام به فرار از منزل داشته‌است؟ ☐ خیر ☐ بله :

تعداد دفعات فرار: بار تاریخ آخرین فرار: محل سکونت بعد از فرار:

اظهارات مراجع در خصوص فرار از منزل:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نام خدا

فرم ارزیابی نیم‌رخ تروما

نام و نام خانوادگی مراجع: تاریخ تکمیل فرم:

آیا شواهدی دال بر آزار جسمی و جنسی مراجع وجود دارد؟

کبودی ☐ :

پارگی یا زخم یا جراحت ☐ :

شکستگی ☐ :

سوختگی ☐ :

سایر ☐ :

آیا پزشکی قانونی یا مرجع ذی‌صلاح دیگری آزار را تایید کرده است؟

.....
.....

مشخصات و نسبت افراد آزاردهنده با مراجع:

نام و نام خانوادگی	نسبت	توضیحات

شدت آسیب‌دیدگی در چه سطحی است؟

.....
.....
.....

زمان وقوع آخرین آزار: نوع آزار: ☐ اتفاقی ☐ مزمن و تکرارشونده ☐

توضیحات:

.....
.....
.....

آیا عامل آزار هنوز وجود دارد یا رفع شده است؟

در صورت عدم رفع عامل، چه اقداماتی برای امنیت مراجع باید انجام شود؟

وضعیت روحی- روانی مراجع:

نوع مقابله‌ی مراجع با آزار (اینکه چگونه از این وضعیت خارج شده و یا با آن کنار آمده است؟) چگونه بوده است؟

به نام خدا

ارزیابی وضعیت خانواده و شبکه حمایتی مراجع

نام و نام خانوادگی مراجع: تاریخ تکمیل فرم:
مشخصات اعضای خانواده مراجع:

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	شغل/تحصیلات	محل زندگی و شماره تماس	توضیحات
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

محل فعلی زندگی خانواده:

.....
.....
منابع اقتصادی خانواده:

.....
منابع حمایتی خانواده:
.....

عضو یا اعضای نان‌آور خانواده:

۱.
۲.
۳.

وضعیت اسکان خانواده:

شخصی ☐ خانه پدری ☐ بی سرپناه ☐

استیجاری ☐ (مبلغ ودیعه اجاره: مبلغ اجاره ماهیانه:)

آیا والدین با یکدیگر زندگی می‌کنند یا از هم طلاق گرفته‌اند؟

.....
.....
نظر همسایگان و افراد محل در خصوص خانواده چیست؟

.....

.....

.....

آیا فردی در خانواده، بستگان و دوستان مورد اعتماد وجود دارد که بتواند امنیت و سلامت مراجع را حداقل به صورت موقت تامین کند؟

.....

.....

.....

در صورت بروز مشکل در مرکز همانند وضعیت اورژانسی و بیماری، مددکار خانه‌ی سلامت با چه شخصی در اطرافیان مراجع در ارتباط باشد؟

نام و نام خانوادگی: نسبت با مراجع: شماره تماس:

محل زندگی:

نام و نام خانوادگی: نسبت با مراجع: شماره تماس:

محل زندگی:

نام و نام خانوادگی: نسبت با مراجع: شماره تماس:

محل زندگی:

آیا کسی از اعضای خانواد مراجع مواد یا الکل مصرف می کند و یا از نظر بیماری روانپزشکی و رفتاری خاصی رنج می برد؟

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	توضیحات
۱			
۲			
۳			
۴			

آیا سابقه اقدامات مجرمانه نظیر خرید و فروش، یا اقدام به آزار به دیگران و در خانواده وجود دارد؟

ردیف	نام و نام خانوادگی فرد مرتکب	نسبت	توضیحات
۱			
۲			
۳			
۴			

وضعیت سرپرستی مراجع:

تحت سرپرستی خانواده ☐ سرپرست خانواده ☐ خود سرپرست ☐

مشخصات سرپرست یا امین موقت:

.....

مراجع با کدام یک از اعضای خانواده بیشتر ارتباط دارد؟ (ذکر مشخصات و شماره تماس).

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	توضیحات
۱			
۲			
۳			
۴			

آیا مراجع مایل است به خانواده باز گردد؟

خیر ☐: نگرانی و دلیل مراجع چیست؟

.....

.....

بله ○: مانع بازگشت چیست؟

.....

.....

آیا غیر از خانواده، افراد دیگری هستند که به مراجع کمک کنند؟

نام و نام خانوادگی	شماره تماس	آدرس محل سکونت	نوع کمک (مالی، عاطفی، میانجی...)

آیا قبلاً در شرایط مشابه کسی به مراجع کمک رسانده است؟

.....

.....

.....

.....

مراجع در زمان اسکان خود در خانه‌ی سلامت، مایل است با چه کسی یا کسانی ملاقات داشته باشد؟ (انگیزه‌ی ملاقات چیست؟)

.....

.....

.....

.....

به نام خدا فرم ارزیابی حرفه‌ای/شغلی

آیا مراجع سابقه‌ی انجام فعالیت شغلی دارد؟ ☐ خیر ☐ بله (اگر پاسخ مثبت است سوالات بعدی را پاسخ دهید)
چه نوع فعالیت یا فعالیت‌های شغلی:
محل انجام فعالیت یا فعالیت‌ها:
آخرین زمان انجام فعالیت:
میزان اشراف و مهارت در انجام فعالیت‌ها:
آیا مراجع مایل است همین فعالیت‌ها را ادامه دهد؟ ☐ خیر ☐ بله :
دلیل مراجع:
.....
.....

مراجع مایل است در چه شغل یا مشاغلی مهارت به دست بیاورد؟

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.
- ۵.

کدام یک از این مشاغل با استعدادها، تحصیلات و ویژگی‌های جسمانی، شخصیتی و مراجع بیشتر همخوانی دارد؟

.....
.....
.....
.....

کدام یک از این مشاغل در بازار کار محل زندگی مراجع بیشتر کارآمدی (از نظر سوددهی، زمان سوددهی و ...) را دارد؟

.....
.....
.....

آیا مراجع برای دستیابی به درآمدزایی، پس از یادگیری مهارت در این مشاغل ایده‌ای دارد؟

.....

.....

.....

.....

آیا مراجع برای یادگیری این مهارتها، پیشنهاد خاصی دارد؟

.....

.....

.....

.....

آیا مراجع برای یادگیری این مهارتها، آمادگی دارد؟

.....

.....

.....

.....

برنامه‌ی مورد توافق مددکار و مراجع در مورد مهارت‌آموزی و راه‌اندازی شغلی:.....

.....

.....

برنامه‌ی عملی کردن آموزش/راه‌اندازی شغلی.....

گامهای عملیاتی اقدام مورد توافق	بودجه‌ی زمانی	الزامات

به نام خدا فرم برنامه‌ریزی برای اقدامات مددکاری اجتماعی

نام و نام خانوادگی مراجع: تاریخ تکمیل فرم:

آیا مراجع در حال حاضر درخواست فوری دارد؟

..... ۴.

..... ۵.

..... ۶.

مهمترین نگرانی مراجع در حال حاضر چیست؟

.....
.....
.....
.....
.....

مهم‌ترین انتظار مراجع از مددکار اجتماعی چیست؟

.....
.....

مهم‌ترین انتظار مراجع از خانه‌ی سلامت چیست؟

.....
.....

آیا مراجع امیدی به تغییری شرایط دارد؟

خیر (دلیل ناامیدی مراجع چیست؟): ○

.....
.....

بله: ○

تغییر مطلوب مراجع چیست؟

.....
.....
.....

مراجع برای رسیدن به وضعیت مطلوب چه پیشنهاداتی دارد؟

.....

.....

.....

.....

آیا مراجع برای رسیدن به این وضعیت مطلوب، پیشنهاداتی دارد؟

.....

.....

.....

.....

آیا مراجع برای رسیدن به وضعیت مطلوب، آمادگی انجام اقدامات خاصی را دارد؟

.....

.....

.....

.....

مهمترین انگیزه و انتظارات مراجع از مراجعه به خانه‌ی سلامت چیست؟

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.

آیا انگیزه مراجع با خدمات مرکز همسویی دارد و توضیحات لازم به او داده شده است؟

.....

.....

.....

.....

آیا اقدامات فوری نیاز است؟

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.

به نام خدا

فرم بازدید از منزل/ ملاقات با خانواده

نام و نام خانوادگی مراجع: تاریخ بازدید: هدف بازدید:

ملاقات با:

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	نسبت	وضعیت تاهل	وضعیت تابعیت/ ملیت	شغل	درآمد	وضعیت سلامتی	توضیحات
۱									
۲									
۳									
۴									

آیا خانواده برای ملاقات با مددکار تمایلی از خود نشان دادند؟

ردیف	نام و نام خانوادگی	وضعیت تمایل/ عدم تمایل یا مقاومت	توضیحات
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			

نظر خانواده در خصوص بازگشت مراجع به خانواده چیست؟

.....

.....

.....

.....

از نظر خانواده مشکل یا مشکلات فعلی خانواده که منجر به بروز مشکلات شده است، چیست؟

۱.
۲.
۳.
۴.

مهمترین عوامل خطر در خانواده برای تدام و یا بازگشت مشکلات چیست؟

۱.
۲.
۳.
۴.

خانواده چه دیدگاهی درباره مراجع و سکونت او در خانه سلامت دارد؟

.....

.....

.....

.....

آیا عضو یا اعضای از خانواده وجود دارند، که در فرایند ارائه خدمات بتوان از او کمک گرفت؟

نام و نام خانوادگی	شماره تماس	نوع کمک (پیگیری خدمات، کمک مالی، میانجی‌گری و ...)

در صورت بازگشت مراجع به خانواده، خطری او را تهدید می‌کند؟

آیا خانواده حاضر است امنیت و حداقل‌های رفاهی مراجع را در صورت بازگشت به خانواده، تضمین و تامین کند؟

مهمترین درخواستهای خانواده از مددکار اجتماعی چیست؟

مهمترین درخواستهای خانواده از مراجع چیست؟

آیا خانواده برای برون‌رفت از وضعیت موجود، آمادگی انجام اقدام خاصی را دارد؟

آیا اقدام ضروری در خانواده یا به نفع خانواده باید صورت گیرد؟

..... ۱.

- ۲.
- ۳.
- ۴.

مهمترین نقاط قوت خانواده را چه می‌بینید؟

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.

آیا خانواده ملاقات و بازدید منزلِ مستمر مددکار در صورت بازگشت مراجع به خانواده، را می‌پذیرد؟

.....

.....

.....

.....

به تشخیص شما به عنوان مددکار اجتماعی آیا اقدامات خاص درمانی، آموزشی و در خانواده باید انجام شود؟

.....

.....

.....

.....

.....

اقدامات مورد توافق مددکار اجتماعی و خانواده

اقدام / فعالیت	مدت زمان اجرا	وظیفه خانواده	وظیفه مددکار اجتماعی

قرار ملاقات بازدید بعدی:

.. امضای خانواده

امضای مددکار اجتماعی

به نام خدا

فرم ارزیابی آمادگی خانواده جهت ترخیص و بازگشت مراجع به خانواده

نام و نام خانوادگی مراجع: تاریخ تکمیل فرم:
 لطفاً با پاسخ به سوالات زیر، شرایط خانواده را برای بازگشت مراجع، ارزیابی کنید.

	به چه میزان مواردی که در ارزیابی اولیه مددکار اجتماعی از خانواده، تهدیدکننده امنیت مراجع در خانواده بود، برطرف شده است؟ (صفر تا پنج)
	چه ضمانت‌ها و پیش‌بینیهایی برای برقراری امنیت و تامین نیازهای مراجع در خانواده در نظر گرفته شده است؟
	خانواده در مدت کار با مددکار اجتماعی به تعهدات درمانی و برنامه کمکی خود با مددکار اجتماعی چه میزان عمل کرده است؟ (صفر تا پنج)
	مهارت‌های مقابله‌ای مراجع در مدت زمان کار با مددکار اجتماعی به چه میزان پیشرفت داشته است؟ (صفر تا پنج)
	مراجع به چه میزان برای بازگشت به خانواده احساس امنیت و آمادگی دارد؟ (صفر تا پنج)
	در صورت ترخیص و بازگشت به خانواده، برنامه امنیت برای مراجع چیست (ذکر شود)؟

جمع‌بندی و نظر مددکار اجتماعی:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

به نام خدا

فرم ارزیابی آمادگی مراجع جهت ترخیص

نام و نام خانوادگی مراجع: تاریخ تکمیل فرم:

لطفاً با پاسخ به سوالات زیر، آمادگی مراجع را جهت ترخیص از خانه‌ی سلامت، ارزیابی کنید.

	به چه میزان شبکه‌های حمایتی مراجع که در ارزیابی اولیه مددکار اجتماعی تشخیص داده شده، رشد نموده است؟ (صفر تا پنج)
	مراجع در مدت کار با مددکار اجتماعی به تعهدات درمانی و برنامه کمکی خود با مددکار اجتماعی چه میزان عمل کرده است؟ (صفر تا پنج)
	مهارت‌های مقابله‌ای مراجع در مدت زمان کار با مددکار اجتماعی به چه میزان پیشرفت داشته است؟ (صفر تا پنج)
	مراجع به چه میزان برای ورود مستقل به جامعه احساس امنیت و آمادگی دارد؟ (صفر تا پنج)
	ر صورتی که مراجع، تاریخچه بحران دارد برنامه امنیت برای او چیست؟ به عبارتی دیگر پیش‌بینی‌هایی که برای برقراری امنیت مراجع در محیط اجتماعی جدید صورت گرفته چیست؟
	میزان انگیزه و تمایل مراجع برای ادامه کار با مددکار اجتماعی چقدر است؟ (صفر تا پنج)
	نحوه ادامه مسیر مددکار اجتماعی و مراجع به چه صورت خواهد بود؟ (ذکر نحوه پیگیری‌ها و مراجعه مددکار و مراجع به یکدیگر)

به نام خدا
فرم گزارش اقدامات مددکار اجتماعی

اقدام	تاریخ	اقدام بعدی چیست؟	امضا و نام مددکار اجتماعی
			
			
			

به نام خدا

فرم گزارش جلسه کار گروهی

در تاریخ جلسه‌ی کار گروهی با موضوع در محل خانه
سلامت برگزار گردید.
مربی/تسهیلگر جلسه:

اعضای شرکت‌کننده در کلاس:

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.
- ۵.
- ۶.

خلاصه‌ای از مباحث مطروحه:

به نام خدا فرم مرخصی

با مرخصی خانم با کد مددجویی از تاریخ تا به مدت روز
جهت موافقت می‌گردد. در این مرخصی مراجع به اتفاق آقا/ خانم
..... با نسبت فامیلی از مرکز خارج شده و نامبرده متعهد می‌شود در موعد مقرر
مراجع را به مرکز تحویل دهد.

امضای مراجع

امضای مدیر مرکز یا مددکار اجتماعی

امضای تحویل گیرنده با ذکر نام و نام خانوادگی و نسبت با مددجو و اثر انگشت

به نام خدا فرم پیگیری پس از ترخیص

نام و نام خانوادگی مراجع: تاریخ پیگیری: تاریخ پیگیری قبلی:
هدف پیگیری:

میزان رضایت مراجع از وضعیت فعلی:

میزان امنیت مراجع در وضعیت فعلی:

آیا مراجع نیاز فوری دارد، که نیازمند پیگیری مددکار اجتماعی باشد؟

مهمترین درخواست مراجع:

میزان پیشرفت مورد انتظار در برنامه‌های زمان ترخیص:

آیا ممکن است مراجع مجدداً به شرایط قبلی بازگردد؟

اقدامات مورد توافق مددکار و مراجع حاصل شده از این ملاقات:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

قرار ملاقات جلسه‌ی بعدی: محل ملاقات جلسه بعد:
وضعیت مورد انتظار برای جلسه‌ی بعد:

.....

.....

.....

امضای مراجع

امضای مددکار اجتماعی

به نام خدا

گزارش اقدامات هفتگی مددکاری اجتماعی در خانه‌ی سلامت

تاریخ : / /

فعالیت‌های انجام شده:

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.
- ۵.
- ۶.
- ۷.
- ۸.
- ۹.
- ۱۰.

نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی

امضاء