



معاونت امور توانبخشی
دفتر امور توانبخشی مراقبتی

طرح اجرایی :

ارائه خدمات توانبخشی یکپارچه به بیماران روانی مزمن در

خانه های حمایتی

سال ۱۳۹۷

مقدمه :

تاریخ طرد افراد مبتلا به اختلالات روانی عمری به بلندای تاریخ بشر دارد. در آثار به جای مانده از اعصار نخستین شرح مختصری از نحوه‌ی مواجهه‌ی عمومی و رایج با این بیماران در دسترس است که همان میزان اندک نیز بیانگر نوعی از رویارویی با این بیماران است که در نگاه امروزی غیراخلاقی، ناعادلانه و آسیب‌زاست. آنچه امروز بیماری روانی می‌خوانیم همان چیزی است که روزگاری «دیوانگی» و «جنون» می‌خواندند که اولی اشاره به شباهت خانوادگی این افراد با «دیو»ها و دومی اشاره به تسخیر شدن توسط «اجنه» دارد. بر این پایه کوشش به منظور فاصله گرفتن از این افراد و سپس طرد نظام‌مند و در نهایت حذف فیزیکی مهم‌ترین راهبردهای مواجهه‌ی عمومی با این بیماران به شمار می‌رفته است. به عنوان نمونه در قرون میانی در اروپا این بیماران را به همراه افراد مبتلا به جذام سوار بر کشتی می‌کردند و پس از عبور از دریا در منطقه‌ای دور افتاده رها می‌کردند. هدف از این کار اولاً جداسازی این افراد آسیب‌دیده از جامعه بود تا بدین ترتیب افراد «بهنجار» از رفتار غیرقابل پیش‌بینی این افراد در امان بمانند و از این طریق وضع موجود خود را تثبیت و گروه‌های متفاوت را حذف کنند. ثانیاً باور عمومی در آن مقطع این بود که آب خصلتی شفاف‌بخش دارد و عبور این بیماران از آب می‌تواند با شفای آنها همراه باشد. بنابراین تاریخ تحول بیماری روانی نشان می‌دهد که مبتلایان به این اختلالات تا همین دهه‌های گذشته همواره از هنجارهای متداول مربوط به کیفیت زندگی محروم بوده‌اند و به دلیل انگ «جنون» و هراسی که از این رو متوجه اکثریت جامعه می‌شد در کنار افراد بی‌خانمان، خیابان‌خواب، مبتلا به مصرف مواد، مجرمان و بسیاری اقلیت‌های اجتماع به عنوان یک گروه حاشیه‌ای محسوب شده‌اند. بر همین اساس می‌توان تاریخ رویارویی با افراد مبتلا به بیماری روانی را از بعد اجتماعی به عنوان «تاریخ طرد» یا «تاریخ آوارگی» نیز نام‌گذاری کرد.

در قرون جدید تحولاتی رخ داد که امکان صورت‌بندی مفاهیم پیشین را در قالب یک گفتمان علمی امکان‌پذیر ساخت: با ظهور پزشکی بالینی و توسعه‌ی علوم انسانی به تدریج آنچه پیش از این با عناوینی چون «جنون» و «دیوانگی» صورت‌بندی می‌شد در یک چهارچوب علمی بازتعریف شد و به عنوان

«بیماری روانی» قلمداد شد. نهضت اصلاح طلبانه‌ی قرن هیجدهم در اروپا منجر به نگاه تازه‌ای به این بیماران شد و «باز کردن زنجیرها» از دست و پای این افراد و پایان دادن به خشونت افسارگسیخته نسبت به آنها را در پی داشت. در همین مقطع بیماران روانی در آسایشگاه‌هایی قرار گرفتند که متفاوت از نوانخانه‌های پیشین بود که در آن مجرمان و بزهکاران و ... نیز یافته می‌شدند. این تحولات بنیادین در تاریخ مواجهه با بیماران روانی از آن پس شتاب بیشتری گرفت و با تدوین نظریه‌های مربوط به بیماری اسکیزوفرنیا و شکل‌گیری نظام‌های طبقه‌بندی و همزمان پیشرفت شیوه‌های درمانی مختلف به ویژه درمان‌های دارویی امید به بهبودی از بیماری و امکان زندگی در اجتماع برای این بیماران بیش از پیش شد. در کنار تغییرات در حوزه‌ی روانپزشکی و روانشناسی نباید از نقش نظریه‌های انتقادی در جامعه-شناسی و فعالیت منتقدین اجتماعی که با شیوه‌های انزوای نظام‌مند گروه‌های حاشیه‌ای مخالف بودند نیز چشم‌پوشی شود. یکی از مهم‌ترین تحولات در تاریخ مواجهه با بیماران روانی در قرن بیستم رخ داد. به دنبال پیشرفتهای چشمگیر در حوزه‌ی درمان این بیماری پس از جنگ جهانی دوم و در دهه‌های ۵۰ و ۶۰ نهضتی تحت عنوان مؤسسه‌زدایی به راه افتاد که هدفش پایان دادن به بستری‌های طولانی‌مدت و بازگشت این گروه‌های حاشیه‌ای به اجتماع بود. اما این جنبش نیز علی‌رغم کوشش‌های بسیار به منظور تحقق اهدافش در نهایت آنچنان که باید نتیجه‌بخش نبود. از آنجایی که خدمات حمایتی از این بیماران ترخیص شده مکفی و بسنده نبود و میان سازمان‌های خدماتی نیز هماهنگی و نقشه‌ی راه روشنی در کار نبود یکی از پیامدهای این نهضت افزایش بی‌رویه‌ی افراد بی‌خانمان و خیابان‌خواب و تشدید برخوردهای نامناسب با این بیماران بود. و بدین ترتیب برگ تازه‌ای از تاریخ «آوارگی» این بیماران رونمایی شد. از این رو رویکرد بازتوانی روانپزشکی که از دهه‌ی ۸۰ در تاریخ این بیماری ریشه دواند بیش از پیش بر مسائلی همچون افزایش کیفیت زندگی این بیماران، درمان‌های مبتنی بر رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی و امکان بازگشت به اجتماع افراد بازتوان شده تأکید می‌کند.

یکی از مهم‌ترین مسائلی که در طول تاریخ یاد شده اهمیت دارد مسئله‌ی بی‌خانمانی و آوارگی دائمی این بیماران است: در قرون نخستین که این بیماران با طرد و حذف نظام‌مند روبرو می‌شدند، در دوره‌های بعد

به نوانخانه و آسایشگاه سپرده می‌شدند، در قرون بعدی ساکن بیمارستان‌ها شدند و با مؤسسه‌زدایی مجدداً گرفتار بی‌خانمانی شدند. بر همین اساس از حیث روانی و اجتماعی یکی از محرومیت‌های اصلی این گروه به حاشیه رانده شده در طول تاریخ «خانه» و پناهگاهی بوده است که در آن فرد احساس آسایش و راحتی کند.

واژه‌ی بی‌خانمان (**homeless**) واژه‌ای جدید نیست و در تمام ادوار تاریخ بشری افرادی وجود داشته‌اند که فاقد مکانی معین برای زیستن بوده‌اند؛ اما مفهوم بی‌خانمانی (**homelessness**) مفهومی است جدید که با تحولات پس از دوران صنعتی شدن مرتبط است. مطابق فرهنگ لغت آکسفورد بی‌خانه (**homeless**) به عنوان فردی تعریف می‌شود که «خانه‌ای ندارد و معمولاً در خیابان می‌خوابد» در آغاز دهه‌ی ۸۰ میلادی روشن بود که بی‌خانمانی به گونه‌ای از فقر اشاره دارد که عدم دسترسی به خانه یعنی فقدان هر گونه حمایت اجتماعی را شامل می‌شود.

مطابق برخی پژوهش‌ها واژه‌ی بی‌خانمانی در کشورهای توسعه‌یافته نخستین بار در اواسط دهه‌ی ۸۰ میلادی و برای اشاره به مشکل بی‌سرپناهی رواج یافت. یعنی این واقعیت که شمار روزافزونی از افراد که زمانی در کشورهای مرفه، محلی برای سکونت داشتند حالا دیگر سرپناه خود را از دست داده بودند. اما پیش از دهه‌ی ۸۰ میلادی نیز این واژه را در متون پژوهشی مشاهده می‌کنیم؛ در سال ۱۹۶۰ در گزارشی با عنوان افراد بی‌خانمان و خانه‌به‌دوش که توسط کمیته‌ی مشاوره و برنامه‌ریزی اجتماعی متروی تورنتو نوشته شده است «فرد بی‌خانمان» به عنوان شخصی تعریف می‌شود که فاقد پیوند با گروه خانوادگی است یا پیوندهای اندکی با آن دارد و در نتیجه فاقد حمایت اقتصادی و اجتماعی است. در این گزارش تمایزی آشکار بین دو مفهوم خانه (**home**) و سرپناه (**house**) دیده می‌شود. بی‌خانمانی (**homelessness**) صرفاً به یک ساختار فیزیکی به عنوان سرپناه اشاره ندارد بلکه شامل فضای اجتماعی و روانشناختی نیز می‌شود. مطابق تقسیم‌بندی آماری‌ای که در ایالات متحده صورت گرفته است افراد بی‌خانمان شامل دو گروه کلی می‌شوند:

بی‌خانمان‌های اولیه (**rooflessness**) یعنی افرادی که بی‌سرپناهند و شب‌ها در خیابان می‌خوابند.

بی‌خانمان‌های ثانویه: افرادی که محلی دائمی برای زندگی ندارند و به خاطر شرایط خاصشان مرتباً بین اقامتگاه‌های مختلف در نوسانند.

چمبرلین و مک‌کلنزی نیز بی‌خانمان‌ها را به سه گروه تقسیم‌بندی می‌کنند: نخست کسانی هستند که مکان معینی برای زندگی ندارند و مجبورند در خیابان، پارک، ساختمان‌های نیمه‌کاره و ... بخوابند. گروه دوم کسانی‌اند که دائماً از یک مکان به مکانی دیگر عزیمت می‌کنند؛ مثلاً افرادی که بنا بر شرایط اضطراریشان به هتل یا متل پناه می‌برند؛ یا زنانی که برای فرار از خشونت همسرشان به پناهگاه‌های زنان مراجعه می‌کنند یا موقتاً در خانه‌ی پدریشان ساکن می‌شوند. اما سومین گروه افرادی هستند که به دلیل عدم دسترسی به خانه به همراه افراد دیگر برای مدتی طولانی در یک پانسیون یا خوابگاه زندگی می‌کنند.

در بررسی علل بی‌خانمانی نظریه‌های جامعه‌شناختی بر عوامل مختلف و گاه متناقضی اشاره کرده‌اند که گاهی به شدت رنگ و بوی ایدئولوژیک دارد. به عنوان مثال نومحافظه‌کاران بر این باورند که بی‌خانمانی به دلیل فروپاشی زندگی خانوادگی است؛ نئولیبرال‌ها بی‌خانمانی را ناشی از اختلال و بی‌نظمی در بازار مسکن می‌دانند؛ در مقابل نظریه‌های دموکراسی اجتماعی بی‌خانمانی را پیامد شکست بازار و دولت در رفع نیازهای خانوارها به حساب می‌آورند. مفاهیم مارکسیستی نیز بر نقش نظام سرمایه‌داری و آسیب‌های ناشی از آن تأکید دارند؛ مارکس و انگلس در کتاب مشترکشان، «ایدئولوژی آلمانی» بی‌خانمانی را با مفهوم «لمپن پرولتاریا» مرتبط می‌دانند یعنی «خرده طبقه‌ای» که در فرآیند تولید نقشی ندارد و عمدتاً از طریق تكدی‌گری، دلالی و کلاهبرداری زندگیش را می‌گذراند.

فارغ از نظریه‌های اجتماعی در این زمینه، علل بی‌خانمانی را در سطحی تجربی‌تر می‌توان در موارد ذیل جستجو کرد: مواجهه با دشواری‌های فراوان نظیر خشونت شدید خانگی، مشکلات سلامت روان؛ سوء مصرف الکل و مواد مخدر؛ فقر؛ فقدان حمایت، مهارت یا تاب‌آوری هنگامی که فرد با بحران‌هایی نظیر از

دست دادن شغل، کاهش سطح سلامت یا شکست در روابط عاطفی مواجه می‌شود. در این میان دو عامل اساسی که به عنوان علل اصلی بی‌خانمانی در کشورهای توسعه‌یافته از آنها یاد می‌شود عبارتند از: فقر و طرد اجتماعی. در بسیاری کشورهای توسعه‌یافته نظیر کانادا بی‌خانمانی پس از دوره‌های پرفشار اجتماعی نظیر جنگ و رکود اقتصادی با رشد چشمگیری همراه بوده است. فیلیپ و همکاران نیز نشان دادند گروه‌های طردشده به احتمال بیشتری بی‌خانمان می‌شوند؛ در کشورهای توسعه‌یافته معمولاً دو گروه با دریافت انگ اجتماعی در معرض طرد قرار می‌گیرند: اقلیت‌های نژادی و قومی و افراد مبتلا به بیماری روانی.

در حالی که این عوامل (فقر و طرد اجتماعی) عمدتاً ناظر بر عوامل جامعه‌شناختی بی‌خانمانی است می‌توان به عوامل روانشناختی مؤثر در این پدیده نیز اشاره کرد. بی‌خانمانی پدیده‌ای چند متغیری است: یک متغیر پیش‌بینی‌کننده نقل و انتقالات دائمی از یک مکان به مکانی دیگر در دوران کودکی است؛ مهاجرت و نقل مکان همیشه پراسترس است؛ زیرا فرد طی آن از یک رابطه‌ی دلبستگی یا فضایی که با آن مأنوس است فاصله می‌گیرد. وقتی این فرآیند از حد معینی تجاوز می‌کند تبدیل به یک عامل به شدت استرس‌زا می‌گردد. پژوهش‌ها حکایت از رابطه‌ی مثبت بین نقل و انتقالات دائمی دوران کودکی با بی‌خانمانی دارد. هتک حرمت جنسی و فیزیکی در کودکی یکی دیگر از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده بی‌خانمانی است؛ چه مستقیماً مورد تجاوز جنسی و جسمی واقع شدن و چه مشاهده‌ی آن فرد را مستعد کاهش بهزیستی، کاهش عزت نفس و غلبه‌ی هیجانات منفی می‌کند؛ وقتی افراد این تجارب آسیب‌زا را پشت سر می‌گذارند ترس آنها از تجارب خطرناک آینده کاهش می‌یابد و این می‌تواند به قابل تحمل شدن خیابان‌خوابی و خشونت‌ها که همراه با آن است منجر شود.

سن شروع بی‌خانمانی نیز یکی از متغیرهای مهم است. بی‌خانمانی در سنین نوجوانی منجر به افزایش احتمال بی‌خانمانی در سنین بزرگسالی می‌گردد. همچنین مصرف مواد و الکل نیز یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده بی‌خانمانی است؛ با این وجود بر خلاف باور غلط اجتماعی که فرد بی‌خانمان «به خاطر سوء مصرف الکل و مواد به این روز افتاده است» بی‌خانمانی لزوماً ناشی از اعتیاد نیست. همچنین جنسیت نیز در این زمینه نقش آفرینی می‌کند؛ در حالی که آمارها حکایت از آن دارد که مردان بیش از زنان بی‌خانمانی

را تجربه می‌کنند، خود جنسیت در نحوه‌ی رویارویی با انواع تجارب دردناک در بی‌خانمانی مؤثر است. زنان بی‌خانمان بیشتر افسرده هستند و خطر قربانی جنسی شدن و سایر اشکال تعرض جسمی به آنها بیشتر است؛ این افراد بیشتر در محله‌هایی می‌خوابند که سطح جرایم در آنها بالاست و این خودش احتمال آسیب به آنها را افزایش می‌دهد. همچنین زنان بی‌خانمان به احتمال بیشتری به بیماری‌های انتقالی مبتلا می‌شوند. مردان بی‌خانمان بیشتر با مشکل عزت نفس، خشونت بیشتر و مشکلات مربوط به زندگی کهنه‌سربازان سر و کار می‌یابند.

در سال ۲۰۰۸ در کنفرانس مایرز در ایالات متحده، بیماری روانی با شیوع ۴۸ درصد به عنوان سومین عامل بی‌خانمانی عنوان شد. شیوع بیماری روانی در جمعیت عمومی ۶ درصد و در گروه بی‌خانمان ۲۵ درصد است. در جمعیت بی‌خانمان مبتلا به بیماری روانی نیز ۲۵ درصد افراد افسرده‌اند که جمعیت بیشتری را در مقایسه با دیگر طبقات اختلال روانی در برمی‌گیرند. تقریباً یک چهارم این جمعیت نیز مبتلا به PTSD هستند. علاوه بر بیماری روانی افراد بی‌خانمان در معرض ابتلا به انواع بیماری‌های جسمی هستند؛ بی‌خانمانی تأثیر مستقیم بر سلامت جسمی دارد؛ افراد بی‌خانمان خصوصاً کارتن‌خواب‌ها در مقایسه با جمعیت عمومی نرخ بالاتری از ابتلا به بیماری‌های مزمن نظیر التهاب پوست، بیماری تنفسی، ترومای جسمی و... دارند. افراد بی‌خانمان همچنین با احتمال بیشتری در معرض ابتلا به هیپاتیت، هیپاتیت C و ایدز (HIV) هستند. عواملی نظیر تزریق مواد، فقر شدید، سطح پایین تحصیلات، رابطه‌ی جنسی محافظت نشده و... این افراد را مستعد ابتلا به انواع بیماری‌های مسری می‌کند. همچنین در کنار فقر، فقدان بیمه‌ی سلامت و عدم برخورداری از سیستم حمل و نقل جهت دسترسی به مراجع بهداشتی به عنوان اصلی‌ترین دلایل عدم دسترسی افراد بی‌خانمان به خدمات سلامت عمومی ذکر شده است.

وجود این آسیب‌ها یعنی فقر، طرد اجتماعی، احتمال بالای ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی، خشونت و تجارب تروماتیک و ... مسئله‌ی بی‌خانمانی را به یک پدیده‌ی پیچیده‌ی اجتماعی تبدیل کرده است که دولت‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد می‌کوشند به نحوی آن را حل و فصل کنند.

یکی از مهم‌ترین طرح‌هایی که در کشورهای مختلف برای حل این معضل اجتماعی اجرا می‌گردد طرح جمع‌آوری و اسکان مجدد این افراد در خانه‌های حمایتی است. پس از پایان جنگ دوم جهانی و با بهبود اوضاع کسب و کار هدف «ایجاد سرپناه مناسب برای همه» مورد توجه بسیاری کشورها قرار گرفت. نکته-ی مهم در این زمینه قید «مناسب» است که هدف برنامه‌ی مذکور را فراتر از صرف تأمین یک سرپناه برای افراد بی‌خانمان می‌داند.

خانه (home) چیزی بیش از یک فضای فیزیکی است؛ و با احساس ایمنی، آزادی و استقلال فردی و همچنین با مجموعه‌ای از پیوندهای اجتماعی مانند خانواده همراه است. در حالی که پناهگاه (house) صرفاً یک فضای فیزیکی است که افراد در آن زندگی می‌کنند.

واتسون و آستربری معانی مختلف خانه را شامل این موارد می‌دانند: هنجارها و شرایط مادی مناسب، بهزیستی عاطفی، فیزیکی، روابط اجتماعی مراقبت‌گرا و فضایی ساده برای زیستن و خوابیدن. برعکس بی‌خانمانی عبارت است از شرایط مادی فقیرانه، فقدان بهزیستی عاطفی و زیستی، فقدان روابط اجتماعی، کنترل و حریم خصوصی و بی‌مکانی.

می‌توان گفت مفهوم خانه دست کم ۶ یا ۷ بعد دارد که با دال‌های کلیدی سقف، تنور، قلب، حریم خصوصی، ریشه‌ها، پناهگاه و بهشت (احتمالی) تعریف می‌شود.

سقف: فرم مادی خانه، ساختار فیزیکی وی که از فرد حفاظت می‌کند.

تنور: گرما و فضای دنجی که برای افراد فراهم می‌کند و باعث آسایش و راحتی می‌شود.

قلب: بر امنیت عاطفی و نه فیزیکی و بر تصاویری که از یک خانه‌ی شاد و باثبات همراه است و روابط عاطفی مشترک دلالت دارد.

حریم خصوصی: اشاره به کنترل بر مرزهای شخصی دارد.

ریشه‌ها: منبع هویت و معناست. بر نوعی امنیت هستی‌شناختی و به قول هایدگر حس «هستی در جهان» دلالت دارد.

پناهگاه: صریح‌ترین معنای خانه است؛ یعنی هر جایی که فرد بتواند در آن آرام بگیرد خواه کاخ باشد خواه پارک.

بهبشت: آرمانی‌سازی کلیه جنبه‌های مثبت خانه با هم.

پرواضح است که بی‌خانمانی عکس همه‌ی این معانی و مؤلفه‌های آن است. از این رو وقتی از خانه سخن می‌گوییم باید همواره در نظر داشته باشیم که منظور تنها یک سرپناه نیست بلکه مکان امن و آرامی است که هر یک از مفاهیم ذکر شده در بالا را تداعی می‌کند و ضروری است به منظور ارتقای کیفی هر گونه طرح اسکان و تهیه «خانه» برای افراد بی‌خانمان از جمله بیماران روانی مزمن بی‌خانمان مجموعه‌ی این شرایط فراهم شود.

بیان مسئله :

بیماران روانی مزمن بخش عمده‌ای از معلولان تحت حمایت سازمان بهزیستی کشور را تشکیل می‌دهند این گروه از نیازمندترین و پایدارترین جمعیت‌های هدف سازمان بهزیستی هستند که نه تنها خود به مرز ناتوانی رسیده‌اند و تا پایان عمر نیازمند خدمات هستند. از طرف دیگر باورهای نادرست فرهنگی یک مانع عمده در بازتوانی این معلولین است که بسیاری از برنامه‌های توانبخشی، بازتوانی حرفه‌ای اشتغال به اسکان این مددجویان را با شکست روبرو می‌سازد.

اغلب عده‌ای از بیماران روانی مزمن پس از پذیرش در مراکز غیر دولتی نگهداری درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمن، به واسطه برنامه‌های توانبخشی درمانی بهبود نسبی می‌یابند. این دسته از بیماران که شدت بیماری آنان به حدی نیست که بستری شدن را تداوم بخشد و از سوی دیگر شرایط آنان به گونه‌ای نیست که بدون دریافت درجاتی از حمایت و نظارت بتوانند در محیط اجتماعی خود، عملکرد مطلوبی داشته باشند، این افراد در خانه‌های حمایتی جای می‌گیرند. تأسیس این خانه موجب می‌شود که از پسرفت بیماران جلوگیری شده

و روند درمان و استقلال و بازتوانی ایشان سرعت یابد و شرایط ورود به خانه های مستقل و خانواده و اجتماع را تسهیل می نمایند.

ضرورت اجرای طرح:

با توجه به اینکه بیمار پس از طی روند توانبخشی از مراکز شبانه روزی ترخیص می گردد و در موارد بسیاری مشاهده شده که این افراد یا به دلیل عدم وجود سرپرست و یا فقدان سرپرست موثر و همچنین عدم یادگیری مهارت های ارتباطی لازم مورد پذیرش خانواده و جامعه قرار نمی گیرند ، لذا لزوم وجود مکانی به عنوان خانه های حمایتی که این آموزش ها در آن مراکز ارائه شود کاملاً احساس می شود . خانه های حمایتی می تواند مکان امنی برای بیمارانی که قصد دارند زندگی خود را در جامعه و خانواده آغاز کنند، باشد. در حقیقت این مراکز حلقه واسط بین مراکز و زندگی مستقل محسوب می شود و فرد با اقامت در این مراکز آمادگی حضور در خانواده و جامعه را پیدا می کند. ضمن اینکه تسریع در ترخیص بیماران موجود توانبخشی شده در مراکز شبانه روزی و خالی شدن تخت آنان برای اقامت بیماران مجهول الهویه پشت نوبت، (با توجه به اینکه سیاست سازمان بر عدم تأسیس جدید مراکز شبانه روزی تأکید دارد) ضرورت ایجاد این طرح را نمایان تر می سازد.

هدف نهایی :

-ایجاد و راه اندازی و نگهداری خانه هایی که امکان ارتقاء سطح توانمندی بیمار روانی مزمن ارجاع شده از مراکز شبانه روزی را دارا باشد. بیمارانی که به سطحی از توانمندی دست یافته اند در جهت توانمند سازی بیشتر به خانه های حمایتی هدایت شود تا زمانی که فرایند توانمند سازی ، بهبود و توانبخشی به حد قابل قبول برای بازگشت کامل به جامعه و استقلال بیمار برسد . همچنین کمک به ساماندهی همه جانبه بیماران براساس رویکردهای جامعه نگر مبتنی بر الحاق اجتماعی و رعایت حقوق شهروندی .

اهداف اختصاصی :

- ایجاد عزت نفس و استقلال فردی و ارتقا توانمندی جهت الحاق بیمار به جامعه به عنوان فرد عادی
- ایجاد بستر مناسب بیمارانی که به سطحی از توانمندی رسیده اند جهت آمادگی زندگی مستقل
- ارزیابی میزان توانمندی فرد بیمار در رویارویی با مشکلات فردی ، اجتماعی و اقتصادی
- ارائه مداخلات به هنگام جهت رفع آسیب های احتمالی فردی و اجتماعی و یادگیری مسئولیت پذیری و نقش پذیری
- تلاش جهت تغییر نگرش مردم به بیمار روانی مزمن
- آموزش مهارت های زندگی و مهارت های ارتباط موثر افزایش اعتماد به نفس و کنترل خود .
- جلوگیری از عود بیماری در بیمارانی که سیر توانبخشی را در حد مطلوب طی کرده و از مراکز شبانه روزی ترخیص شده اند.
- بازگشت بیماران به کانون گرم خانواده و جامعه . تلفیق و مشارکت اجتماعی

تعاریف تخصصی :

بیماران روانی مزمن :

بیماران روانی مزمن به بیمارانی اطلاق می گردد که بیماری آنها شروع و پیشرفت تدریجی داشته باشد، به مدت طولانی (حدود دو سال) دوام یابد و تمایل به عود داشته، منجر به افت عملکرد و ایجاد ناتوانی یا معلولیت شود. این نوع بیماری ها شامل: اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی با علائم سایکوتیک، اختلالات نافذ رشد (کودکان اتیستیک) و مانند آن می شود.

تبصره : تشخیص مزمن بودن اختلال و یا وجود افت کلی عملکرد، با روانپزشک معالج با توجه به سوابق پزشکی، معاینه و آزمایشهای انجام شده و تایید کمیسیون پزشکی است که حداقل یک نفر روانپزشک در آن حضور داشته باشد

خانه های حمایتی : (خانه های یک /چهارم راهی)،(خانه های نیمه راهی)،(خانه مستقل)

واحدی است تحت نظارت یک مرکز شبانه روزی . ومحلی برای اسکان بیمارانی که به حدی از توانمندی رسیده اند که بتوانند امور شخصی خود را انجام دهند .وفاقد تحریکات عصبی روانی بوده اند ولی شرایط لازم برای زندگی مستقل و خانواده را ندارند .

هدف از ایجاد این خانه ها ارائه خدمات به شیوه ای نظام دار و هدفمند در محیط عاطفی ، اجتماعی و آموزشی مناسب در خانه هایی مشابه منازل عادی خانواده های ایرانی و بر اساس سنت های بومی و محلی می باشد. در این خانه ها که دیگر شباهتی به مراکز بزرگ آسایشگاهی ندارد ،بیماران به کارگاههای مراکز آموزشی و حرفه آموزی و نهایتا محل اشتغال اعزام می گردند. در صورت وجود بستر مناسب تحصیل میکنند . فرهنگ تلفیق اجتماعی و همبستگی و مشارکت اجتماعی را فرا می گیرند و زمینه الحاق اجتماعی را تجربه می کنند .

الف) :خانه های یک /چهارم راهی :

بیمارانی که دوره درمان وبازتوانی را با موفقیت درمراکز شبانه روزی طی کرده اند با تشخیص کمیته توانبخشی به این مرحله از بازتوانی رسیده اند برای دوره موقت ۴ الی ۶ ماهه در این خانه اسکان می یابند .در این مرحله بیمار کلیه نیازهای رفاهی ودرمانی را از مرکز دریافت مینماید . اما از نظر عملکرد شخصی و اجتماعی کاریابی و حرفه آموزی تحت حمایت مرکز خواهد بود . مددکار و روان شناس مرکز شبانه روزی مجری میبایست هر ۱۵ روز یکبار گزارش عملکرد شخصی ،اجتماعی ،وحرفه ای توانخواه تهیه کرده و رفتار اجتماعی ،مشارکت پذیری ،بهداشت فردی ،پایبندی به درمان و پای بندی به قانون و پیشرفت در عملکرد حرفه ایی وی را ارزیابی نمایند . و براساس داده های گزارش و تشکیل کار گروه تخصصی اعم از روانپزشک ،پزشک ،کاردرمان و پرستار تصمیم گیری نمایند که بیمار وارد فاز نیمه راهی شده یا به مرکز برگردانده شود .

ب) :خانه نیمه راهی :

بیمارانی که اهداف خانه یک /چهارم راهی را کسب نموده اند یا از همان ابتدا در این مرحله از بهبودی باشند در خانه های نیمه راهی اسکان داده می شوند . در این خانه ها فقط یک روان شناس ویا مددکار به همراه خدمه حضور دارند . بیماران در این مرحله از نظر عملکرد شخصی به استقلال کامل رسیده اند . تهیه غذا ،نظافت منزل

، شستشوی لباس ها و کلیه کارهای خوابگاه توسط مددجویان انجام می شود . و مراقب صرفاً جهت نظارت بر حسن انجام کار ، مصرف صحیح داروها و رفتار بیماران در مرکز حاضر میشوند و در صورت بروز مشکل موضوع را به روان شناس گزارش میکند . در خانه های نیمه راهی توانخواهان می بایست حداقلی از عملکرد شغلی نظیر شغل پاره وقت را کسب کنند . و بتوانند بخشی از نیازهای مادی خود را از این طریق تامین نمایند . دوره اسکان این خانه ها بین ۶ الی ۲۴ ماه خواهد بود و زمانی که توانایی کامل زندگی مستقل و اشتغال را پیدا کرده اند . به خانه های مستقل منتقل میشوند . مددکار در این خانه ها ۲ بار در ماه گزارش پیشرفت مددجویان را تنظیم مینماید .

ج: خانه مستقل :

توانخواهانی های که در خانه نیمه راهی به استقلال فردی و بیماری آنها که تحت کنترل کامل با دارو باشد . به قوانین زندگی مشارکت پایبند بوده و خودشان مصرف دارو و الزامات درمانی را رعایت نمایند . و آگاهی نسبت به بیماری خود کسب نموده اند و حتی الامکان مشغول به کار شده باشند . و به خانه های مستقل منتقل گردند . در این خانه ها هیچ پرسنلی و مراقبی وجود ندارد ولی مددکار یا روان شناس به این خانه سرکشی می کند و گزارش وضعیت توانخواهان را تنظیم می نماید . در این خانه ها یک نفر از مدد جویان به عنوان ارشد خانه در صورت بروز هر مشکلی با مددکار مسئول در ارتباط خواهد بود . کلیه توانخواهان ساکن در خوابگاه ها میبایست در تماس خواهد بود . کلیه توانخواهان ساکن در خوابگاهها می بایست هر ۲ ماه یک بار و در صورت نیاز با فاصله کمتر توسط روانپزشک ویزیت شوند .

ضوابط اجرایی اسکان خانه های حمایتی :

۱- با توجه به شرایط فرهنگی جامعه این خانه ها باید در منازل مستقل در محدوده مناطق مسکونی تاسیس گردد. (تحت نظارت مرکز شبانه روزی) به عنوان یک فعالیت مکمل .

تبصره: در مراکز شبانه روزی که امکان فضای مستقل وجود دارد به شرط مجزا بودن کامل امکان تاسیس خانه های یک چهارم راهی / و نیمه راهی با تایید کارشناس ناظر استان وجود دارد .

۲- کلیه ضوابط ایمنی و فنی ساختمان باید مورد تایید مراجع ذیصلاح بوده و دارای پایان کار شهرداری باشد
استحکام و مشخصات فنی ساختمان و انطباق با شبکه خدمات شهری و زیست محیط خانه های حمایتی
می بایست توسط کارشناس ذیربط مورد تأیید قرار گیرد.

۳- بخشنامه های ایمنی باید در این خانه ها نیز مورد توجه قرار گرفته و کلیه مفاد آن رعایت گردد.

۴- امکانات مورد نیاز زندگی شامل لوازم خواب، لوازم آشپزی، یخچال، تلویزیون و..... فراهم باشد.

۵- اتاق مراقب مجهز به کمد دارو، تلفن، جعبه کمکهای اولیه و دوربین مدار بسته در حیاط و درب ورودی
باشد.

۶- متراژ ساختمان خانه حمایتی به ازاء هر نفر حداقل ۱۰ متر تعیین می گردد.

۷- حمام مجهز به لوازم بهداشتی جداگانه شامل شامپو، صابون، لیف و.....

۸- توالت ایرانی مجهز به دستشویی و بوگیر و مایع صابون

۹- آشپزخانه مناسب سازی شده و ایمن (دارای اجاق گاز ، کابینت ، یخچال و امکانات و وسایل ضروری مورد
نیاز بی خطر و تهویه مناسب و)

۱۰- دارای حداقل ۳ اتاق خواب مجزا مجهز به تخت خواب یا سرویس خواب و کمد دیواری، موکت کف و.....

۱۱- سالن تلویزیون مجهز به امکانات صوتی و تصویری و نور مناسب و نشیمن مناسب

۱۲- حداقل یک خط تلفن ثابت

۱۳- وجود آب گرم کن مناسب و ایمن

۱۴- لباسشویی اتوماتیک مناسب

۱۵- وجود امکانات نوشت افزار و نقاشی و طراحی

۱۶- کپسول آتش نشانی

۱۷- چراغ اضطراری

۱۸- خانه های یک چهارم راهی داخل یا نزدیک به مراکز شبانه روزی و تحت نظارت این مراکز باشند.

۱۹- مراقبین حداقل سابقه یک سال و مددکار مسئول حداقل سه سال کار در مراکز شبانه روزی را داشته
باشد.

۲۰- این خانه ها در سه سطح نباید دارای تابلو یا وجه ممیزه ای که آنها را از منازل معمولی متمایز کند داشته باشد .

۲۱- گزارش مراقب ومددکار یا روان شناس به صورت دوره ای باید مستند گردد.

۲۲- مرکز مجری می بایست با ذکر اسامی توانخواهان با ذکر اسامی توانخواهان قرارداد ویزیت دوماهه و در صورت نیاز بیشتر با روانپزشک مرکز مجری یا یک روانپزشک دیگر منعقد نماید .

تبصره ۱: روانپزشک به همراه مددکار ویا روان شناس خانه ها می بایست در ابتدای ورود هر توانخواه به خانه ها جلسه ارزیابی و توجیه را برقرار نمایند .

تبصره ۲: در قرارداد روانپزشک باید امکان مشاوره تلفنی مددکار و روانشناس در مواقع ضروری لحاظ گردد.

شرایط پذیرش توانخواه در خانه های یک چهارم راهی

۱- دوره درمان و توانبخشی را در مرکز شبانه روزی، را به طور کامل طی کرده باشد .

تبصره: پس از تایید بیمار توسط روانپزشک وتیم درمان، بیمار به کمیته توانبخشی معرفی و پس از تایید به خانه یک چهارم راهی معرفی گردد.

۲- علایم بیماری در ۶ ماه گذشته با کمترین تغییرات دارویی کنترل شده باشد . همچنین بیمار دارای سابقه ضرب و شتم ودر گیری در مرکز را نداشته باشد .

۳- از نظر بهداشتی وروابط بین فردی در سطح مطلوب ارزیابی شوند و توانایی زندگی مشترک با سایر توانخواهان را داشته باشد .

۴- عدم ابتلا به بیماریهای های واگیر دار و انحرافات جنسی

۵- عدم اعتیاد به مواد مخدر یا محرک

تبصره : در هر خانه مشروط به اینکه توانخواهان ساکن ایمنی نسبی در برابر اعتیاد داشته باشند به میزان ۲۰درصد میتوانند از بیماران روانی مزمنی که سابقه اعتیاد داشته اند ولی در دو سال اخیر پاک بوده اند با تایید روانپزشک، روان شناس،مددکار مرکز پذیرش صورت پذیرد .

۶- پایبندی توانخواهان به قوانین گروه توسط روانپزشک و روان شناس مرکز مجری تایید شده باشد .

شرایط پذیرش در خانه های نیمه راهی :

- ۱- کلیه شرایط خانه های یک چهارم راهی را داشته باشد .
- ۲- حداقل از پذیرش توانخواه در خانه های یک چهارم راهی سه ماه گذشته باشد و در ارزیابی اولیه به این سطح از بهبودی و مسئولیت پذیری رسیده باشد و روانپزشک و روانشناس و مددکار ورود به این سطح را تایید نمایند .
- ۳- توانایی اشتغال حمایت شده را داشته باشد .
- ۴- عملکرد اجتماعی مطلوب برای زندگی مشترک و تعاملات روزمره زندگی را داشته باشد .

شرایط پذیرش در خانه های مستقل :

علاوه بر شرایط مندرج در خانه های نیمه راهی و کسب کلیه اهداف خانه های نیمه راهی حداقل یک دوره اشتغال حمایت شده ۶ماهه را طی نموده باشد و قادر به تامین بخشی از نیازهای مادی خود باشند طبق ارزیابی مددکار و کار فرما رضایت نسبی از عملکرد شغلی را داشته باشند . همچنین در سطح خانه نیمه راهی مسئولیت پذیری رعایت مصرف دارو و پایبندی به قانون و عدم تخلف قانونی وی به تایید روانپزشک، روان شناس و یا مددکار رسیده باشد .

نیروی انسانی :

الف: نیروی انسانی تخصصی :

-خانه های یک چهارم راهی : روان شناس و پرستار در هر شیفت یک نفر

-خانه های نیمه راهی : روان شناس یا مددکار در هر شیفت یک نفر

خانه های مستقل :

ب: نیروی انسانی عمومی :

-خانه های یک چهارم راهی :

-مراقب هر شیفت یک نفر

-خدمه یک نفر

-خانه های نیمه راهی :

خدمه هر شیفت یک نفر

خانه های مستقل:

تبصره : در این خانه ها هیچ پرسنلی و مراقبی وجود ندارد ولی مددکار یا روان شناس به این خانه سرکشی می کند و گزارش وضعیت توانخواهان را تنظیم می نماید . در این خانه ها یک نفر از مدد جویان به عنوان ارشد خانه در صورت بروز هر مشکلی با مددکار مسئول در ارتباط خواهد بود . کلیه توانخواهان ساکن در خوابگاه ها میبایست در تماس خواهد بود . کلیه توانخواهان ساکن در خوابگاهها می بایست هر ۲ ماه یک بار و در صورت نیاز با فاصله کمتر توسط روانپزشک مرکز مجری ویزیت شوند.

مستندات قانونی :

آئین نامه اجرایی جز ۵ بند الف ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم استمرار در برنامه چهارم و پنجم

قانون برنامه ششم توسعه (بند ج ماده ۸۰)

قانون حمایت از حقوق معلولین

شیوه اجرایی طرح:

ایجاد ۱۵ خانه یک چهارم راهی در ۱۵ استان کشور ، درشش ماهه دوم سال ۱۳۹۷ به صورت پایلوت اجرا خواهد شد و در صورت موفقیت طرح طی سال های آتی در سایر استان ها نیز به اجرا در خواهد آمد.

در این خانه ها حداقل ۸ تا حداکثر ۱۰ بیمار به طور مستقل و با نظارت ۲۴ ساعته زندگی می کنند و مهارت های لازم را آموزش می بینند و مراقب بر ادامه برنامه توانبخشی آنان نظارت داشته و در مواقع لزوم حمایت لازم را ارائه می نماید. بیمارانی که برای این مراکز انتخاب می گردند بیمارانی هستند که از مراکز شبانه روزی، طبق نظر کمیته ای متشکل از روانپزشک ، روان شناس ،مددکار ، واجد شرایط شناخته شده و تاییدیه کمیته توانبخشی استان را دارا می باشند . به این مراکز معرفی می گردند.

ضمنا این بیماران از فعالیت های توانبخشی مراکز شبانه روزی و مراکز مراقبت و پیگیری در منزل برخوردار خواهند بود.

تصوه ۱: بیماران ترخیص شده از مراکز شبانه روزی جهت ارجاع به خانه حمایتی می بایست توسط کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و شدت معلولیت استان مورد ارزیابی قرار گیرند. پس از تأیید این کمیسیون و نظر کمیته توانبخشی استان مجوز ورود به خانه حمایتی را دارند.

تصوه ۲: بعد از فاز پایلوت راه اندازی مراکز یک چهارم راهی در فازهای بعدی پس از ارزیابی طرح خانه های نیمه راهی و مستقل در دستور کار قرار دارد .

دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مراکز توانبخشی و

درمانی بیماران روانی مزمن

(شبانہ روزی)

۱۳۹۶

(بسمه تعالی)

نظر به اینکه بر اساس قانون تشکیل سازمان بهزیستی و بند ۱۰ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی، صدور پروانه فعالیت برای ایجاد مراکز توانبخشی با هدف گسترش و ارتقاء سطح کیفی ارائه خدمات آموزشی، توانبخشی، مراقبتی به گروه هدف در جهت نیل به توانمند سازی آنان و کاهش تصدی گری دولت، بر عهده سازمان بهزیستی کشور میباشد، این دستور العمل در اجراء قوانین فوق، با هم اندیشی متخصصان و کارشناسان مرتبط در سازمان بهزیستی کشور، بهزیستی استانها، انجمن مراکز غیر دولتی و انجمن های علمی، در سال ۱۳۹۶ جهت اجرا تنظیم و بازنگری گردیده است.

ماده ۱: تعاریف تخصصی

۱-۱: بیماری روانی

هر نوع ناسازگاری، نابهنجاری روان شناختی و رفتاری شدیدی که اختلال در کارکردها و عملکردهای اساسی فرد را سبب شود و مداخلات تخصصی را ایجاب نماید.

۱-۲: بیماری روانی مزمن

به بیماری اطلاق می شود که علائم بالینی مشخص آن بیماری به مدت حداقل ۲ سال در فرد وجود داشته باشد و بیمار به دلیل بیماری روانی، سابقه بستری شدن در بیمارستان به مدت بیش از یک بار در طی دو سال گذشته راداشته باشد و در حال حاضر نیز از نظر عملکرد اجتماعی و شغلی و یا هر دو دچار مشکل باشد.

۱-۳: بیمار روانی مزمن

بیماران روانی مزمن به بیمارانی اطلاق می گردد که بیماری آنها شروع و پیشرفت تدریجی داشته باشد، به مدت طولانی (حدود دو سال) دوام یابد و تمایل به عود داشته، منجر به افت عملکرد و ایجاد ناتوانی یا معلولیت شود. این نوع بیماری ها شامل: (اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی با علائم سایکوتیک) و مانند آن می شود. (مطابق ماده ۱ آیین نامه اجرایی جزء ۵ بندالف ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران)

تبصره:

تشخیص مزمن بودن اختلال و یا وجود افت کلی عملکرد، با روانپزشک معالج با توجه به سوابق پزشکی، معاینه و آزمایشهای انجام شده و تایید کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و شدت معلولیت است.

۱-۴: ساماندهی بیماران روانی مزمن

منظور از ساماندهی، اتخاذ روشی هماهنگ، منسجم و یکپارچه برای ارائه تمام خدمات و فعالیت های مربوط به بهداشت و سلامت روان در سطوح پیشگیری، درمان و توانبخشی و نیز بررسی، تعیین و تأمین نیازهای (بهداشتی، درمانی و توانبخشی) بیماران روانی مزمن است و مقصود از توانبخشی انجام و ارائه کلیه خدمات لازم، در جهت توانمند ساختن بیماران روانی مزمن جهت دستیابی به زندگی مستقل و خودکفا است که شامل توانبخشی، پزشکی، روانی، اجتماعی و حرفه ای می گردد.

(بر اساس ماده ۲ آیین نامه جزء ۵) بند (الف) ماده (۱۹۲) قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران)

۵-۱: بیمار روانی مزمن مجهول الهویه و بی سرپرست

بیماری است که مشخصات فردی خود را نمی داند، مستندات مبنی بر تایید هویت وی وجود ندارد، بنا بر حکم مرجع قضایی فاقد هویت مشخص و مدارک شناسایی معتبر بوده یا فاقد سرپرست و قیم قانونی باشد.

۶-۱: بیمار روانی مزمن بدسرپرست

بیماری است که بنا به تشخیص واحد مددکاری بهزیستی یا مرجع قضایی، خانواده، سرپرست یا قیم بیمار توانایی یا صلاحیت لازم جهت رسیدگی به وی را دارا نمی باشند.

۷-۱: بیمار روانی مزمن بی بضاعت

بیماری است که بنا به تشخیص واحد مددکاری بهزیستی خانواده، سرپرست یا قیم بیمار توان مالی لازم جهت رسیدگی به وی را دارا نمی باشد.

۸-۱: درمان

مجموعه اقدامات، فعالیت‌ها و برنامه‌هایی را که در جهت مراقبت از بیمار و به منظور اعاده سلامتی یا تسکین یا تخفیف درد و رنج و یا رفع علائم و اصلاح یا تثبیت وضعیت بیمار به عمل می‌آید، «درمان» می‌نامند. حیطه فعالیت‌های درمانی محدود به مسائل پزشکی نیست و حیطه‌های توانبخشی روانی و اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد.

۹-۱: خدمت (مداخله)

ارائه هر نوع کمک (مشاوره، مداخله، توانبخشی، درمانی) در ابعاد آموزشی، پزشکی روانی اجتماعی و حمایتی را خدمت یا مداخله می‌نامند. این خدمات قابل ارائه در منزل، خانواده، محل کار، مراکز توانبخشی درمانی بیماران روانی مزمن می‌باشد.

۱۰-۱: سطح بندی خدمات

سطح بندی ارائه خدمات توانبخشی به بیماران روانی مزمن شامل مراقبت از بیمار روانی در منزل به عنوان اولویت اول و معرفی بیمار به تیم‌های پیگیری درمان و توانبخشی در منزل و مراکز روزانه توانبخشی به ترتیب اولویت‌های بعدی و معرفی بیمار به مراکز شبانه روزی توانبخشی و درمان بیماران روانی مزمن، آخرین اولویت می‌باشد. این توالی و سطح بندی باید همواره مد نظر بوده و برای تمامی بیماران اعمال گردد.

۱۱-۱: انواع مراکز شبانه روزی

انواع مراکزی که به صورت شبانه روزی با رعایت قوانین موضوعه، خدمات مشاوره‌ای، مراقبتی، توانبخشی و درمانی به بیماران روانی مزمن ارائه می‌دهند عبارتند از: مراکز شبانه روزی توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن، خانه‌های نیمه راهی

۱۲-۱: مرکز توانبخشیو درمانی شبانه روزی بیماران روانی مزمن

مرکزی است که توسط اشخاص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی تأسیس و تحت نظارت آن به بیماران روانی مزمن واجد شرایط به طور شبانه روزی خدمات مراقبتی، درمانی و توانبخشی مطابق دستورالعمل‌های موجود در سازمان بهزیستی ارائه می‌گردد. این خدمات شامل اقدامات مراقبتی - درمانی، مشاوره‌ای و توانبخشی در ابعاد آموزشی، پزشکی، روانی، اجتماعی، حمایتی و حرفه‌ای می‌باشد.

به واحدهای اختصاص یافته برای آن دسته از بیماران روانی مزمنی که بیماری آنان به حدی نیست که " بستری شدن " را ضروری سازد و از سوی دیگر شرایط آنان به گونه ای هم نیست که بدون انجام درجاتی از حمایت و نظارت بتوانند در محیط اجتماعی خود، عملکرد مطلوبی داشته باشند، اطلاق می گردد. در این خانه ها، بیماران از استقلال بالاتری برخوردار بوده، مهارت های اجتماعی در محیطی آزادتر و با نظارت کمتر به آنها آموخته می شود. ۶ تا ۸ بیمار در یک منزل و با نظارت ۲۴ ساعته یک پرستار یا بهیار آموزش دیده همچنین یک مراقب زندگی می کنند و در صورت لزوم از کمک متخصصین دیگر نیز بهره مند می گردند. مهارت های بین فردی، کنترل خود و شرکت در فعالیت های خانه داری آموزش داده شده و تمرین می شود. در موارد بحران و مشکلات احتمالی، پرسنل نظارت و حمایت لازم را ارائه می نمایند. علاوه بر آن، بیماران بودجه منزل را تنظیم می نمایند. هر سه تا پنج واحد از مراکز مذکور، از نظر پشتیبانی، تحت پوشش یک مرکز توانبخشی و درمانی شبانه روزی بیماران روانی مزمن قرار می گیرند.

ماده ۲: شرایط اختصاصی صدور موافقت اصولی، پروانه فعالیت و پروانه مسئول فنی

۱-۲: شرایط اختصاصی متقاضیان دریافت موافقت اصولی

- برخورداری از سلامت کامل روانی
- دارا بودن مدرک تحصیلی روانپزشکی، پزشکی عمومی، کارشناسی و بالاتر در رشته های روانشناسی، توانبخشی و پرستاری باشد.
- مجوز فعالیت مرکز به اشخاص حقوقی و یا حقیقی به عنوان مؤسس داده می شود و چنانچه مؤسس شخصیت حقوقی داشته باشد باید حداقل یکی از اعضای هیئت مدیره دارای شرایط عمومی و تخصصی متقاضیان دریافت موافقت اصولی باشد.

تبصره ۱:

بعد از تایید صلاحیت همه جانبه فرد متقاضی توسط کمیته نظارت تخصصی استان و قبل از صدور موافقت اصولی، باید تاسیس مرکز طبق ضوابط مندرج در بخش عمومی دستورالعمل توسط دفتر تخصصی مربوطه در ستاد تأیید شود.

تبصره ۲:

ظرفیت مندرج در پروانه فعالیت در مرحله اول تا ۵۰ نفر و ظرفیت بالاتر از ۱۰۰ نفر با دلایل توجیهی و با تأیید دفتر تخصصی بهزیستی کشور می باشد.

افزایش ظرفیت مرکز برای افراد حقوقی با توجه به امکانات موسسه و پتانسیل نیروی انسانی تعیین می شود.

افزایش ظرفیت مرکز برای افراد حقیقی تا سقف مقرر یعنی ۱۰۰ نفر امکان پذیر است.

در هر دو صورت، مجوز تخصیص یارانه و یا میزان افزایش ظرفیت باید به تأیید دفتر امور مراکز توانبخشی

مراقبتی برسد.

۲-۲: شرایط اختصاصی مسئول فنی

- داشتن مدرک تحصیلی در رشته های روانپزشکی، پزشک عمومی، دکترای روانشناسی، کارشناس ارشد روانشناسی، کارشناس ارشد کاردرمانی با گرایش روانی، کارشناس ارشد روان پرستاری .

تبصره ۱:

دارندگان مدرک تحصیلی رشته کارشناسی روانشناسی بالینی (با دوسال سابقه کارمرتبط) و کارشناسی روان پرستاری با ۲ سال سابقه کار مرتبط، کارشناسی کاردرمانی (با دو سال سابقه کارمرتبط) در صورت تایید معاونت توانبخشی استان می توانند به عنوان مسئول فنی معرفی شوند.

تبصره ۲:

مسئول فنی باید در مصاحبه تخصصی که توسط کمیته نظارت تخصصی استان برگزار می گردد حضور یافته و صلاحیت علمی، سوابق شغلی و علاقه مندی وی مورد تأیید این کمیته قرار گیرد.

تبصره ۳:

حضور پرستار به عنوان مسئول شیفت (دارای حداقل مدرک کارشناسی)، در خارج از ساعت های اداری الزامی است. متقاضیان این پست در صورت نداشتن هیچگونه سابقه شغلی می بایست در یکی از مراکز شبانه روزی اقدام به گذراندن یک ماه دوره کارورزی را انجام دهند.

داشتن یکی از مدارک فوق برای مسئول فنی الزامی است و مؤسس موظف به معرفی مسئول فنی با شرایط فوق می باشد. در غیر این صورت هرگونه عواقب ناشی از عدم احراز شرایط برای مسئول فنی، متوجه استان می باشد.

ماده ۳: شرایط اختصاصی پذیرش و ترخیص بیمار در مراکز شبانه روزی درمان و توانبخشی بیماران روانی

مزمّن

۱-۳: شرایط اختصاصی پذیرش بیمار در مراکز شبانه روزی درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمّن

ضوابط پذیرش

- بیمار روانی باید فاقد تحریکات روانی و علائم حاد باشد.
- بیمارانی که بیماری عفونی مسری و جدی مانند (ایدز، هپاتیت و سل و...) داشته باشند پس از کنترل علائم حاد و با رعایت اصول بهداشتی و طبق ضوابط موجود (از جمله ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) در اتاق های جداگانه اسکان داده می شوند و کلیه پرسنل مرکز موظفند آموزش های لازم را در این خصوص کسب کرده باشند. بدیهی است در صورت کنترل بیماری، ارتباط این بیماران با بیماران دیگر با رعایت اصول بهداشتی بلامانع می باشد.
- کلیه بیماران روانی معتاد، تنها بعد از سم زدایی در مراکز مذکور پذیرش خواهند شد.
- بیماران روانی عضوی تنها بعد از انجام درمان های لازم و در صورت فقدان علائم حاد جسمی و روانی در مراکز مذکور پذیرفته می شوند.
- حداقل سن جهت پذیرش ۱۵ سال می باشد.

تبصره ۱:

بیماران سالمندی که بیماری آنان بعد از ۶۰ سالگی بروز کرده باشد و نیز بیمارانی که دچار معلولیت های جسمی باشند در این مراکز پذیرفته نخواهند شد.

- پذیرش بیماران صرفاً با تایید کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و شدت معلولیت استانی و نظر کمیته توانبخشی صورت خواهد گرفت.
- تعیین طول زمان استفاده از خدمات با هماهنگی بیمار، بستگان وی و مسئولین مرکز و تشخیص کمیته توانبخشی خواهد بود. لازم به ذکر است که برگه تایید کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و شدت معلولیت استان، شرط لازم جهت تشکیل پرونده و پذیرش در مرکز می باشد.
- پذیرش بیماران روانی مزمن مرد در مرکز ویژه مردان و بیماران روانی مزمن زن در مرکز ویژه زنان انجام می شود.

تبصره ۲:

در صورتی که مرکز دارای دو بخش با فضای کافی و کاملاً مجزا و بدون هیچ ارتباطی با یکدیگر باشد پذیرش بیماران روانی مزمن مرد در یک بخش و بیماران روانی مزمن زن در یک بخش دیگر با رعایت کلیه ضوابط امکان پذیر است، مشروط بر آن که مطابق تبصره ۲ بند ۱ ماده ۲ ظرفیت مجوز صادره هر دو بخش در مجموع برای موسسین حقیقی بیش از ۱۰۰ نفر نباشد.

مراحل پذیرش

۱. اخذ تأییدیه و نظریه کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و شدت معلولیت استان
۲. تکمیل شناسنامه جامع بیماران روانی مزمن توسط مددکار ستاد پذیرش استان
۳. تکمیل فرم شرح حال بیمار توسط روانشناس ستاد پذیرش
۴. داشتن نتیجه آزمایشات کامل طبق موارد مندرج در بخش عمومی دستورالعمل
۵. اخذ رضایت نامه از خود بیمار یا قیم یا ولی قانونی وی در موقع پذیرش

تبصره ۱:

در صورتی که بیمار بنا به تشخیص دادگاه صالحه مجبور محسوب نگردد اخذ رضایت نامه از خود بیمار و در صورت مجبور بودن به تشخیص کمیسیون و یا دادگاه صالحه، از قیم یا ولی قانونی وی ضروری است.

تبصره ۲:

از زمان پذیرش بیمار در مراکز، وظیفه ارائه خدمات مراقبتی، توانبخشی و درمانی بر عهده مرکز مربوطه، بر اساس دستورالعمل ها، ضوابط و استانداردهای سازمان بهزیستی کشور و دفتر امور مراکز توانبخشی و مراقبتی خواهد بود.

نحوه و مدارک لازم جهت تشکیل پرونده بیمار در مراکز درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمن :

۱. برگ خلاصه پرونده بستری در بیمارستان روانپزشکی (در صورت فقدان سوابق بستری تأییدیه کمیسیون بیمارستان روانپزشکی مبنی بر ابتلا به اختلال روانی).

۲. دو قطعه عکس بیمار
۳. فتوکپی صفحه اول و دوم شناسنامه بیمار و کارت ملی کلیه اعضای خانوار (در صورتیکه بیمار سرپرست خانوار باشد)
۴. فرمهای تکمیل شده پیوست دستورالعمل
۵. گزارش مددکاری از وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانوار
۶. قییم نامه یا گواهی بی سرپرستی از سوی مراجع قضائی برای بیماران مجهول الهویه یا بی سرپرست

تبصره:

اطلاعات موجود در پرونده بیماران باید بصورت محرمانه نگهداری گردد.

۲-۳: شرایط اختصاصی ترخیص بیماران روانی مزمن بیمار در مراکز شبانه روزی توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن

شرایط ترخیص

۱. در بدو امر، ترخیص از مراکز توانبخشی و درمانی، به تشخیص تیم توانبخشی مرکز به سرپرستی و تأیید مسئول فنی خواهد بود.
۲. ترخیص هر یک از بیماران از مراکز توانبخشی و درمانی با رعایت ضوابط، باید با هماهنگی کمیسیون استانی صورت پذیرد.

تبصره:

مرکز می تواند در شرایط اورژانس که بیمار دارای عود علائم بیماری روانی و جسمی باشد نسبت به ترخیص موقت به مدت حداکثر یک هفته تا اخذ تایید کمیته توانبخشی استانی اقدام نماید بدیهی است این فرایند میتواند ارجاع به بیمارستان روانپزشکی یا سایر بیمارستان ها مبتنی بر نیاز بیمار صورت پذیرد . بدیهی است در صورت رضایت خانواده و بیمار برای ترخیص و عدم تمایل به ادامه فرایند توانبخشی با اطلاع کمیته توانبخشی ترخیص دائم امکان پذیر است.

۳. دارا بودن شرایط ذیل:

- فقدان علائم بالینی به تشخیص و تایید تیم درمان و توانبخشی مرکز و روانپزشک به گونه ای که نگهداری بیمار را در خانواده با مشکل مواجه نسازد و یا مخاطرات اجتماعی را ایجاد ننماید.
- رسیدن به سطحی از توانمندی جهت زندگی در سطح خانواده و اجتماع
- فراهم نمودن بستر مناسب در خانواده از طریق ارتباط فعال و مؤثر آنان برای بازگشت و تداوم حضور بیمار در خانواده
- فراهم بودن شرایط تداوم پیگیری درمان و توانبخشی در منزل

۴. بیماران مجهول الهویه و یا بی سرپرست تا زمان شناسایی سرپرست و فراهم شدن امکان ترخیص به خانواده و یا

اشکال دیگر خدمات (خانه های نیمه راهی) در مرکز اقامت خواهند داشت.

۵. حداقل ۱۰ درصد ظرفیت اسمی مرکز به پذیرش بیماران روانی مجهول الهویه ، بی سرپرست، بدسرپرست و بی بضاعت تحت پوشش سازمان اختصاص داده شده است. بدیهی است که سهم مشارکت خانواده در محاسبه شهریه این افراد حذف شده و مرکز برای تامین هزینه های این افراد یارانه دریافت می دارد.

ماده ۴: خدمات آموزشی، توانبخشی، مراقبتی و درمانی

۱. مراقبت های پزشکی، پرستاری و بهداشتی شامل ویزیت بیماران، کنترل و ارزیابی سلامت بیماران و حفظ و ارتقاء آن، پیگیری امور درمان، تعیین خط مشی درمانی، دارودرمانی و نظارت بر اجرای درمان های پزشکی، کنترل عوارض دارویی و ثبت سیر پیشرفت درمان بیمار، دستور انجام آزمایشات و سایر امور پاراکلینیکی در صورت نیاز
۲. ارائه خدمات کاردرمانی و بازتوانی روانی مورد نیاز بیماران تا دستیابی مجدد به مهارت ها و کسب استقلال فردی
۳. روانشناسی و بررسی مشکلات روحی روانی بیمار و خانواده و حمایت لازم روانی و اجتماعی بیماران
۴. آموزش، مشاوره و مددکاری فردی، خانوادگی و گروهی
۵. آموزش مهارت های زندگی و ارتباط با دیگران، توانایی برقراری ارتباط مؤثر و کنترل رفتار، توانایی تصمیم گیری
۶. توانبخشی حرفه ای متناسب با توانایی های بیماران نظیر آموزش رایانه، فعالیت های هنری و ...
۷. تربیت بدنی (ورزش های فردی و گروهی)
۸. ایجاد بستر مناسب برای حضور بیماران روانی در خانواده
۹. ایجاد زمینه حضور در اجتماع و تعاملات محیطی

ماده ۵: نیروی انسانی

۱-۵: نیروی انسانی تخصصی مرکز شبانه روزی با ظرفیت ۵۰ نفر

الف) روانپزشک: یک نفر (حداقل یک بار در ماه)

ب) پزشک عمومی: یک نفر (به صورت تمام وقت در ساعات اداری و در ساعات غیر اداری بصورت آنکال)

ج) کاردرمانگر: یک نفر (حداقل ۳ روز در هفته)

د) کارشناس روانشناسی بالینی: یک نفر (تمام وقت)

ه) مددکار اجتماعی: یک نفر (تمام وقت)

و) کارشناس پرستاری: در هر شیفت یک پرستار به صورت تمام وقت (در صورت عدم دسترسی به نیروی پرستار در بعضی مناطق از بهیار دوره دیده در سایر شیفت ها استفاده گردد).

تبصره ۱:

در مناطق محروم از نیروی انسانی تخصصی، در صورتیکه مرکز توانبخشی مراقبتی شبانه روزی بیماران روانی مزمن علیرغم اعلام فراخوان عمومی در روزنامه های کثیرالانتشار جهت جذب کارشناس پرستاری با عدم وجود نیروی انسانی مذکور مواجه می باشد، مرکز مجاز است با هماهنگی معاونت امور توانبخشی استان از نیروی انسانی بهیار آموزش دیده دارای ۵ سال سابقه کار در شیفت های عصر و شب استفاده نماید. در چنین شرایطی کارشناس پرستاری شیفت صبح در دو شیفت دیگر (عصر و شب) آنکال می باشد.

تبصره ۲:

در مناطق محروم از نظر نیروی انسانی تخصصی، در گروه روانشناسی و مددکاری و یا در موارد خاص از جمله مرخصی و نبود جانشین برای هریک از آنها با هماهنگی بهزیستی استان، وظایف به فرد دیگر در گروه منتقل شود.

تبصره ۳:

حضور مددکار و روانشناس در مرکز می بایست به گونه ای هماهنگ شود که ۶ روز هفته را پوشش دهند.

تبصره ۴:

در مراکز شبانه روزی بیش از ظرفیت اسمی ۵۰ نفر (تا سقف ۱۰۰ نفر) یک نفر بهیار یا کمک پرستار به نیروی انسانی در هر شیفت اضافه گردد. در ظرفیت های بالای ۱۰۰ نفر، نیروی انسانی پرستار به همان نسبت اضافه می گردد.

(ف) مراقب به ازای هر ۲۰ نفر در هر شیفت ۲ نفر به صورت تمام وقت

تبصره: مراقب با مدرک تحصیلی حداقل دیپلم که دوره آموزشی تئوری و عمومی را گذرانده باشد.

(ح) مربی حرفه آموزی: حداقل ۱ نفر مربی حرفه آموزی ۴ روز در هفته

تبصره: صاحب امتیاز مرکز موظف است پس از تثبیت وضعیت مراقبین و انعقاد قرار داد هماهنگی لازم جهت آموزش آنان را با شرکت در دوره های آموزشی در زمینه های مختلف "رعایت بهداشت، نحوه مراقبت از بیمار، انجام کمکهای اولیه، پانسمان و خدمات اولیه بهیاری" از طریق مراجع دانشگاهی ذیصلاح یا نظام پرستاری به انجام رساند.

(چ) کارشناس بهداشت: یک نفر، (۶ ماه یکبار)

۲-۵: نیروی انسانی عمومی مرکز

الف) خدمه: ۱ نفر

ب) آشپز و کمک آشپز: هر کدام یک نفر در مجموع ۲ نفر

ج) نگهدارنده : ۱ نفر

د) متصدی امور دفتری : ۱ نفر

ز) مدیر داخلی (به ازای هر ۱۰۰ نفر در مراکز بالای ۱۰۰ نفر)

تبصره : در مراکز با ظرفیت اسمی بالاتر از ۵۰ نفر، به نیروی انسانی غیر تخصصی ، یک نفر نگهدارنده یا سرایدار اضافه می گردد.

ماده ۶: شرح وظایف نیروی انسانی تخصصی

۶-۱: روانپزشک

- مسئولیت تیم درمان
- ویزیت بیماران
- حل مشکلات روانپزشکی بیماران
- ثبت سیر پیشرفت درمان
- حفظ و ارتقاء سلامت بیماران
- ارائه دستورات لازم به تیم درمان بالخص روان شناس مرکز
- سایر وظایف روانپزشک مطابق با دستور العمل های نظام پزشکی

تبصره:

هر یک از مراکز درمان و توانبخشی شبانه روزی بیماران روانی مضمن موظفند طی عقد قرارداد با روانپزشک به گونه ای عمل نمایند که هر کدام از بیماران حداقل یک بار در ماه توسط روانپزشک ، معاینه و تحت درمان قرار گیرند. در صورت نیاز دفعات ویزیت افزایش می یابد.

۶-۲: پزشک عمومی

- کنترل و ارزیابی وضعیت سلامت بیماران
- پیگیری و نظارت بر حسن اجرای دستورات دارویی و برنامه درمانی روانپزشک
- درخواست اقدامات پاراکلینیک برای بیماران و بررسی نتایج آن
- نظارت بر نحوه مصرف صحیح داروها به ویژه کنترل عوارض دارویی
- ویزیت بیماران
- ثبت سیر پیشرفت درمان

۶-۳: کار درمانگر

- ارزیابی و برنامه ریزی نوتوانی و باز توانی روانی متناسب با هر بیمار به همراه سایر اعضای تیم درمان
 - انتخاب فعالیت متناسب با وضعیت بیمار
- تبصره: در صورت استفاده محدود از کاردرمانگر، انجام فعالیت های هدفمند به گروه های دیگر (مراقبین و ...) واگذار و آموزش داده شود.

- انتخاب مربیان و فعالیت های توانبخشی
- ارزیابی مربیان و نظارت بر کارمربیان
- تهیه گزارش پیشرفت توانبخشی بیماران در حیطه مربوطه و ارائه آن به تیم درمان

۴-۶: کارشناس روانشناسی بالینی

- ارزیابی اولیه بیمار به همراه سایر پرسنل تخصصی مرکز
- ارزیابی روان شناختی
- انجام درمان های روان شناختی برای خانواده و بیمار
- آموزش مهارت های روانی اجتماعی به خانواده و بیمار
- تهیه طرح های مداخله ای رفتاری شناختی و اجرای آنها و ارزیابی نحوه پیشرفت درمان ها
- بررسی چگونگی پیشرفت درمان و توانبخشی بیمار پس از شروع درمان و توانبخشی در مرکز
- اطلاع رسانی و هدایت خانواده بیمار در جهت رسیدن به اهداف توانبخشی و درمانی
- مصاحبه با خانواده ، مداخله در بحران ، مشاوره گروهی
- کمک به تشخیص و استفاده از آزمون ها و ارائه مشاوره در موارد لزوم

۵-۶: مددکار اجتماعی

- کشف منابع موجود در جامعه و سوق دادن بیمار و خانواده به منظور استفاده از این منابع
- ارائه خدمات مشاوره ای به خانواده بیمار
- مهیا نمودن خانواده با هدف ترخیص و پذیرش بیمار در خانواده
- پیگیری امور اشتغال و کاریابی تا حد امکان
- رسیدگی به امور خانواده بیماران
- پیگیری مشکلات و مسائل حقوقی بیمار و خانواده
- انجام اقدامات لازم جهت گردشگری که به ازای برون رفت ۵ نفر مددجو ۱ نفر مراقب یا مددکار همراه باشد.
- برقراری ارتباط میان مرکز و خانواده و مسائل اجتماعی

۶-۶: کارشناس پرستاری

- کمک به حفظ سلامت جسمانی از طریق کنترل علائم حیاتی

- نظارت بر نحوه مصرف داروها
- نظارت بر رعایت بهداشت
- گزارش هرگونه تغییر در سطح سلامت بیمار
- پیگیری امور پاراکلینیکی در صورت نیاز
- رسیدگی به بیماران
- مستند سازی اقدامات صورت پذیرفته
- سایروظایف کارشناس پرستاری مطابق با دستور العمل های نظام پرستاری

۶-۷: بهیار یا مراقب دیپلم با شرایط مندرج در ماده ۴

- کمک به پرستار در پیگیری و اجرای دستورات درمانی
- مراقبت از سلامتی بیماران
- کمک به بیماران در رعایت بهداشت فردی
- کمک به رعایت بهداشت محیط و ساختمان

۶-۸: مربی حرفه آموزی

- رغبت سنجی از بیماران در مورد حرفه مورد آموزش
 - آموزش حرفه به بیماران
- تبصره: حرفه های مناسب به پیشنهاد کاردرمانگر و روانشناس و با تصویب تیم درمان انتخاب می شوند.

۶-۹: کارشناس بهداشت

- نظارت و کنترل بهداشت محیط مرکز
- پیگیری و نظارت بر دفع بهداشتی زباله مرکز
- نظارت و کنترل مواد غذایی و ارسال نمونه های مواد غذایی به آزمایشگاه و توقیف و معدوم نمودن مواد غذایی فاسد و غیر مجاز بر اساس دستورالعمل های مربوطه و انجام اقدامات بعدی
- تهیه و تدوین مطالب آموزشی و تشکیل جلسات آموزشی مرتبط با بهداشت محیط و بهداشت عمومی برای پرسنل بخش رده های مختلف
- کنترل بهداشتی آب مصرفی از نظر کمی و کیفی و انجام آزمایشات دوره ای میکروبی و شیمیایی و کلرسنجی با استناد به دستورالعمل ها ، استانداردها و شرایط موجود
- کنترل حشرات و جوندگان با اولویت بهسازی محیط، دفع بهداشتی زباله و در صورت نیاز، استفاده اصولی از روش های شیمیایی و نیز جلوگیری از فعالیت شرکت های سم پاشی غیر مجاز
- نظارت و مداخله در تهیه و کاربرد مواد گندزدا و پاک کننده مرکز
- نظارت فنی و بهداشتی مستمر بر نحوه کار آشپزخانه شامل :
- (شرایط بهداشت محیطی آشپزخانه ، وضعیت سردخانه ، انبار نگهداری موادغذایی ، سرویس های بهداشتی ،

- بهداشت فردی پرسنل بخش ، اطاق استراحت پرسنل بخش ، شستشو و ضدعفونی ظروف ، شستشو و ضدعفونی سبزیجات خام مورد استفاده ، وضعیت بهداشتی مواد غذایی آماده طبخ وسایل و ظروف مورد استفاده و . . .)
- انجام امور محوله در شرایط خاص مانند کنترل همه گیری و نیز مقابله با بحران و بلایا
 - انجام سایر وظایف بر اساس شرح وظایف کارشناس رشته بهداشت

ماده ۷: مشخصات ساختمان مراکز توانبخشی و درمانی شبانه روزی بیماران روانی مزمن

- ۱-۷: مشخصات فیزیکی ساختمان مراکز درمان و توانبخشی شبانه روزی با ظرفیت ۵۰ نفر
- اتاق معاینه روانپزشک ، پزشک و مسئول فنی (بطور مشترک): حداقل ۹ مترمربع
 - اتاق مددکار و روانشناس بالینی و گروه درمانی (بطور مشترک) : حداقل ۱۸ متر مربع
 - اتاق کاردرمانی و حرفه آموزی: حداقل ۲۰متر مربع برای کاردرمانی و حداقل ۲۰ متر مربع برای حرفه آموزی در مجموع ۴۰مترمربع
 - ایستگاه پرستاری: حداقل ۶مترمربع
 - بخش های اقامتی بیماران: حداقل برای هر فرد ۴مترمربع (فضاهای تعبیه شده باید در قالب اتاق های مجزا طراحی گردد با حفظ حریم شخصی بیماران باشد و استفاده از سالن ها برای نگهداری تعداد زیادی از بیماران ممنوع می باشد)
 - فضای اوقات فراغت بیماران: حداقل ۲۰ متر مربع
 - آشپزخانه: حداقل ۱۵ مترمربع
 - سالن غذاخوری: حداقل ۵۰ مترمربع
 - رختشویخانه: حداقل ۶مترمربع
 - کتابخانه و نمازخانه: حداقل ۹ متر مربع
 - اتاق ایمن (ایزوله): حداقل ۶ متر مربع
 - اتاق استراحت کارکنان: حداقل ۹مترمربع
 - انبار مواد مصرفی: حداقل ۱۲ مترمربع
 - حیاط مشجر: حداقل ۱۲۰متر مربع
 - سرویس بهداشتی (به ازای هر ۱۰ نفر یک دستشویی و ۱۵ نفر یک حمام)
 - اتاق قرنطینه: حداقل ۱۲ متر مربع با تجهیزات لازم و باید دارای پنجره های بازشو با جریان هوا به سمت بیرون، تهویه مناسب، تخت مناسب و تجهیزات لازم در موارد اورژانس باشد ضمناً جهت کنترل وضعیت معلول نصب دوربین مداربسته در این اتاق الزامی است.

تبصره:

منظور از اتاق ایمن، اتاقی است که برای بیماران بسیار تحریک پذیر و فقط برای موارد خاص ساخته می شود. دیوارهایی پوشیده از اسفنج ضخیم دارد و تمام محوطه، در و دیوار، وسایل روشنایی، تخت و سایر وسایل به گونه ای طراحی شده اند که در بدترین شرایط هم کمترین خطری متوجه بیمار نمی شود.

۲-۷: شرایط اختصاصی ساختمان:

۱. چارچوب پنجره ها آهنی باشد و داخل آن شبکه های هندسی به ابعاد ۱۵ تا ۲۰ سانتی متر داشته باشد تا ضمن پرهیز از نصب حفاظ آهنی، «زندانی» نیز تداعی نشود.
۲. پنجره اتاق ها قابل گشودن باشد.
۳. مراکز به طور دلخواه می توانند از هوا ساز استفاده نمایند.
۴. برای پنجره ها، از شیشه نشکن یا طلق استفاده شود.
۵. سیستم برق رسانی به صورت مرکزی و قابل کنترل از ایستگاه پرستاری در نظر گرفته شود.
۶. چراغ اتاق ها، از نوع فلور سنت باشد و به صورت توکار در سقف نصب شود.
۷. آئینه سرویس ها و اتاق ها روی دیوار و حداقل حدود ۳ سانتی متر داخل تراز سطح کلی دیوار، با گچ کاری نصب و با بست فلزی از اطراف محکم شود.
۸. قفل در سرویس های بهداشتی و حمام ها از نوعی باشد که در صورت قفل شدن به سهولت با ابزار ساده بتوان قفل را باز کرد.
۹. تا حد امکان در تمام مراکز باید از لوله کشی روکار بدون حفاظ و نصب هر نوع قلاب یا آویز در سقف و دیوار احتراز شود.
۱۰. ایستگاه پرستاری اشراف کامل به اتاق های خواب داشته باشد و کلیه اتاق ها توسط دوربین های مداربسته تحت کنترل باشند.

ماده ۸: تجهیزات عمومی

۸-۱: تجهیزات اداری :

میز- صندلی- خط تلفن مستقل- فاکس- فایل- سیستم بایگانی- رایانه- چاپگر- لوازم التحریر مصرفی در حد متعارف و یک خط تلفن همراه به منظور برقراری ارتباط در موارد اضطراری

۸-۲: وسایل و تجهیزات آشپزخانه :

اجاق گاز- یخچال- فریزر- وسایل و ظروف غذاخوری (کلیه ظروف غذاخوری استیل و یا چینی باشد) و...

۸-۳: وسایل و تجهیزات عمومی مرکز :

سیستم گرمایشی و سرمایشی استاندارد- چراغ های اضطراری با باتری های شارژی و منبع آب اضطراری متصل به شبکه لوله کشی در مراکز شبانه روزی- کپسول های آتش نشانی یا سیستم اطفاء حریق متناسب با فضای مرکز- جعبه کمک های اولیه- وسایل صوتی و تصویری

۴-۸: تجهیزات فضای رختشویخانه :

ماشین لباسشویی - خشک کن - دستگاه ضد عفونی کننده البسه

ماده ۹: تجهیزات تخصصی:

۹-۱: وسایل سالن کاردرمانی

- میز کارگاهی ۱ عدد
- میز شش نفره ۱ عدد
- صندلی ۱۲ عدد
- قفسه وسایل و کتاب ۱ عدد
- فایل ۱ عدد
- رادیو وضبط ۱ عدد
- تلویزیون و ویدئو دستگاه از هر کدام
- وسایل مصرفی بر حسب نیاز به مقدار لازم

وسایل کاردرمانی

ردیف	فعالیت	لوازم مورد نیاز
۱	فعالیت های روزمره زندگی	وسایل آشپزی ، اتو کشی ، نظافت ، شستشوی لباس ، شستشوی ظروف و...
۲	فعالیت های هنری و اوقات فراغت	ادوات موسیقی ، وسایل نقاشی ، خطاطی ، شمع سازی ، گل سازی ، گلدوزی ، عروسک سازی ، تأترو...
۳	فعالیت های ورزشی	فوتبال ، والیبال ، بدمینتون ، تنیس روی میز ، شطرنج ، ایروبیک و...
۴	فعالیت های حرفه ای	رایانه ، نجاری ، معرق ، باغبانی ، خیاطی ، حصیر بافی ، قالی بافی و...
۵	بازی ها	منج ، لگو ، پازل ، دو مینو و...

تبصره: تهیه حداقل ۲ وسیله برای هر فعالیت شرط لازم برای تأسیس مرکز می باشد.

۹-۲: وسایل پزشکی و پرستاری :

- گوشی پزشکی
- فشار سنج
- چکش رفلکس

- تخت معاینه و پاروان
- چراغ قوه
- ترازو
- کپسول اکسیژن
- ترالی اورژانس
- ست احیاء
- ست پانسمان استریل
- ست مهار فیزیکی
- داروهای اصلی مصرفی با تاریخ مصرف مجاز
- وسایل تزریقات
- ساکشن
- اتوکلاویافور
- قفسه نگهداری مناسب دارو
- تخت و اندازه استاندارد و تشک بیماران روانی مزمن

تبصره:

منظور از ست مهار فیزیکی باندهایی شبیه به ماسک جراحان است که مستطیل میانی و بندهای آن طویلتر بوده از جنس پارچه های غیر قابل کشسان مانند برزنت تهیه گردد . در موقع استفاده مچ دست یا پای بیمار با پوشش نرم پنبه پوشیده شده و پوشش مهار روی مچ را می پوشاند و بندها به تخت بسته می شود به گونه ای که عضو دچار آسیب نشود و احتمال پیچ خوردگی نیز وجود نداشته باشد انجام آن بصورت بستن سه عضو بوده و عضو چهارم که معمولاً دست بیمار است کم تحرک شده و کمی آزادتر بسته می شود . در تمام مدت یکی از پرسنل تخصصی باید در کنار بیمار حضور داشته و حداکثر زمان معمول برای این کار ۱ ساعت می باشد. بدیهی است فیکس کردن نباید به منزله تنبیه بیمار به کار برده شود و هدف از این روش جلوگیری از آسیب زدن بیمار به خود و دیگران می باشد. استفاده از این روش تنها با اجازه کمیته ای متشکل از روانپزشک ، مسؤل فنی ، پزشک و روانشناس مرکز مجاز می باشد. (ضروری است صور تجلسه مربوط در پرونده بیمار ثبت گردد.)

۳-۹: وسایل روانشناسی و مددکاری

- فایل و پرونده
- انواع آزمون های روان سنجی مرتبط و آخرین ورژن استاندارد

▪ تعدادی صندوقی راحت برای تشکیل کلاس ها و جلسات گروه درمانی و خانواده درمانی

ضوابط اخلاقی:

- ۱- حفظ کرامت انسانی بیماران و خانواده آنان در تمام مراحل ضروری است.
- ۲- حفظ اسرار بیماران با نهایت دقت بایستی صورت پذیرد.
- ۳- اطلاعات مربوط به بیماران بایستی محرمانه تلقی شود و غیر از افراد واجد شرایط لازم (به حکم شغل یا وظیفه اشخاص دیگر به اطلاعات دسترسی نداشته باشد).
- ۴- اعلام نام و مشخصات و آدرس بیماران جز به سازمان بهزیستی استان و به دفتر امور مراکز توانبخشی مراقبتی و مراجع قضائی (در صورتی که خواهان آن باشند) ممنوع است و پیگرد قانونی در پی خواهد داشت.
- ۵- در مسائل تحقیقاتی، فقط کد یا شناسه بیمار و مشخصات دموگرافیک بیمار و تشخیص بیماری با هماهنگی قبلی با سازمان بهزیستی استان مربوطه می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

ماده ۱۰:

این دستورالعمل در ۱۰ ماده و ۲۴ تبصره توسط حوزه معاونت امور توانبخشی، دفتر امور مراکز مراقبتی توانبخشی بازنگاری و در سال ۱۳۹۶ در شورای مدیران حوزه معاونت امور توانبخشی کشور به تصویب رسید و هرگونه تغییر در آن مستلزم تأیید مجدد شورای مذکور می باشد.



معاونت امور توانبخشی

دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مراکز توانبخشی ونگهداری سالمندان (توانبخشی ومراقبتی شبانه روزی سالمندان)

۱۳۹۶

دستورالعمل شرایط و ضوابط اختصاصی مراکز شبانه روزی توانبخشی و مراقبتی سالمندان

(ظرفیت ۵۰ نفر)

نظر به اینکه بر اساس قانون تشکیل سازمان بهزیستی و بند ۹ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی، صدور پروانه فعالیت برای ایجاد مراکز توانبخشی با هدف گسترش و ارتقاء سطح کیفی ارائه خدمات آموزشی، توانبخشی، مراقبتی به گروه هدف در جهت نیل به توانمند سازی آنان و کاهش تصدی گری دولت، بر عهده سازمان بهزیستی کشور میباشد، این دستورالعمل در اجراء قوانین فوق، با هم اندیشی متخصصان و کارشناسان مرتبط در سازمان بهزیستی کشور، بهزیستی استانها، انجمن مراکز غیر دولتی و انجمن های علمی، در سال ۱۳۹۶ جهت اجرا تنظیم و بازنگری گردیده است.

ماده ۱

تعاریف اختصاصی

۱-۱: سالمند

به فردی اطلاق می گردد که دارای ۶۰ سال و بالاتر باشد. از نظر سنی به سه گروه سالمند جوان (۶۰-۷۰ سال)، سالمند میانسال (۷۱-۸۰ سال) و سالمند پیر (۸۱ به بالا) تقسیم می گردند و از نظر میزان وابستگی به ۳ گروه سالمندان دارای حداقل وابستگی، وابستگی نسبی و حداکثر وابستگی تقسیم میشوند

۱-۱-۱ : سالمند با حداقل وابستگی

سالمندی است که در انجام فعالیت های روزمره زندگی (ADL) حداقل نیاز به کمک و نظارت راداشته باشد و طبق مقیاس بارتل دارای نمره ۹۹-۷۵ می باشد.

۱-۱-۲ : سالمند با وابستگی نسبی

سالمندی است که در انجام بعضی و یا بخشی از فعالیت های روزمره زندگی خود نیاز به کمک دارد و طبق شاخص بارتل دارای نمره ۷۴-۵۰ می باشد.

۱-۱-۳ : سالمند با حداکثر وابستگی

سالمندی است که در انجام فعالیت های روزمره زندگی (ADL) بیشترین میزان نیاز به کمک و نظارت راداشته باشد و طبق مقیاس بارتل دارای نمره ۴۹-۰ می باشد.

۱-۱-۴ : سالمند دارای نیازهای خاص

سالمندی است با حداکثر وابستگی که از لحاظ جسمی، حسی و شناختی دارای نیازهای ویژه ای از نظر مراقبت، مداخلات درمانی و توانبخشی باشد.

۵-۱-۱: افراد دارای پیری زودرس (۵۹-۵۰ساله)

به افرادی اطلاق می گردد که دارای بیماریها و اختلالات شایع زودرس سالمندی مانند بیماری های قلبی، آرتریت روماتوئید، و.....می باشند. در این دستورالعمل به این گروه نیز سالمند اطلاق می شود.

۲-۱: مرکز شبانه روزی توانبخشی و مراقبتی سالمندان

مرکزی است که توسط شخص حقیقی یا حقوقی با کسب مجوز از سازمان بهزیستی کشور، تأسیس شده و تحت نظارت و مطابق دستورالعمل های این سازمان به سالمندان واجد شرایط به طور شبانه روزی، خدمات توانبخشی - مراقبتی ارائه می شود. این خدمات شامل اقدامات پزشکی و پرستاری، خدمات توانبخشی پزشکی (توان پزشکی)، توانبخشی اجتماعی، توانبخشی حرفه ای، توانبخشی آموزشی، اقدامات مراقبتی غیرمهارتی (آموزش به منظور انجام فعالیت های روزمره زندگی) و برنامه های اوقات فراغت است.

ماده ۲

شرایط تخصصی متقاضی (مؤسس)

۲-۱: دارا بودن مدرک دکترای پزشکی، کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، کارشناسی رشته های پرستاری - فیزیوتراپی - کاردرمانی - مددکار اجتماعی - روانشناسی - مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی - بهداشت، ارتوپدی فنی ورشته های مرتبط با توانبخشی تبصره: در مواردیکه مؤسس شخصیت حقوقی باشد باید حداقل یکی از اعضای هیئت مدیره دارای شرایط عمومی و تخصصی متقاضیان دریافت موافقت اصولی باشد.

ماده ۳

شرایط تخصصی مسئول فنی

▪ دارا بودن مدرک تحصیلی حداقل پزشکی عمومی، کارشناسی پرستاری، کارشناسی ارشد رشته های فیزیوتراپی، کاردرمانی، سالمندشناسی و مدیریت توانبخشی با پایه کارشناسی فیزیوتراپی، کاردرمانی، روانشناسی و ارتوپدی فنی

تبصره ۱: متخصصین طب سالمندی، پزشکان دوره دیده طب سالمندی و کارشناسان ارشد دوره دیده سالمند شناسی در اولویت قرار دارند.

تبصره ۲: در صورت عدم وجود نیروی انسانی واجد شرایط کارشناسی ارشد و بالاتر در استان، افراد با مدرک تحصیلی کارشناسی رشته های مذکور، پس از تایید بهزیستی استان می توانند عهده دار این مسئولیت شوند.

ضوابط پذیرش و شرایط ترخیص

۴-۱: ضوابط پذیرش

۴-۱-۱ حداقل سن جهت پذیرش ۶۰ سال می باشد.

تبصره: پذیرش افراد زیر ۶۰ سال (۵۰-۵۹ سال سن) دارای اختلالات و بیماری های زودرس و شایع سالمندی مانند آرتروز، بیماری های قلبی، پارکینسون با معرفی و تایید کتبی از کمیته توانبخشی استان یا شهرستان بلا مانع است.

۴-۱-۲: سالمندان با بیماری روانی مزمن که بیماری آنان قبل از ۶۰ سالگی بروز کرده باشد در این مراکز پذیرفته نخواهند شد.

۴-۱-۳: اخذ رضایت نامه کتبی از سالمند، در صورتیکه بنا به تشخیص پزشک مرکز از سلامت روان برخوردار باشد یا متعهد و یا قیم وی در موقع پذیرش الزامی است.

۴-۱-۴: در زمان پذیرش، داشتن نوار قلب و عکس رادیولوژی از قفسه سینه و نتیجه آزمایشات کامل کلینیکی برای تست ابتلا به هیپاتیت، ایدز و سل ضروری میباشد.

۴-۱-۵: ارائه خدمات بدو پذیرش توسط مرکز توانبخشی مشتمل بر معاینه، ارزیابی اولیه و اخذ نظریه پزشک مرکز دال بر عدم وجود بیماری، قرنطینه (حداقل یک هفته)، تزریق واکسن هیپاتیت، انجام می پذیرد. بدیهی است در صورت ابتلا به بیماری واگیر دار، راهنمایی جهت پیگیری درمان بیماری مسری به خانواده یا سرپرست صورت می گیرد و پس از طی دوره سرایت بخشی، اقدامات لازم جهت پذیرش انجام گردد.

۴-۱-۶: در موارد پذیرش اضطراری گروه هدف (معرفی از مراجع قضایی و...) تا کسب نتایج آزمایشات، فرد سالمند می بایست در اتاق قرنطینه تحت مراقبت قرار گیرد.

۴-۱-۷: جهت پاسخگویی به مراجع قضایی، مرکز ملزم به همکاری جهت پذیرش سالمندان می باشد.

۴-۲: شرایط ترخیص

۴-۲-۱: رسیدن به سطحی از توانمندی جهت زندگی در سطح خانواده و اجتماع

۴-۲-۲: فراهم بودن بستر مناسب در خانواده از طریق ارتباط فعال و موثر آنان برای بازگشت و تداوم حضور سالمند در خانواده

۴-۲-۳: فراهم بودن شرایط تداوم توانبخشی از طریق مراکز روزانه آموزشی و توانبخشی سالمندان و ارائه خدمات توانبخشی در منزل و مراقبت در منزل

تبصره ۱: مراکز ملزم به تلاش در جهت فراهم نمودن بستر مناسب جهت تحقق شرایط ترخیص برای گروه هدف و ارائه گزارش فصلی در این خصوص به اداره بهزیستی شهرستان و استان می باشند.

تبصره ۲: در صورتی که فرد سالمند یا متعهد وی /قیم قانونی یا خانواده وی، متقاضی ترخیص از مرکز باشند، مرکز می بایست نسبت به ترخیص سالمند اقدام و مراتب را به بهزیستی اعلام نمایند.

ماده ۵

خدمات آموزشی، توانبخشی و مراقبتی

۵-۱: اقدامات پزشکی و پرستاری

- به مجموعه ای از خدمات بهداشتی درمانی و پرستاری اطلاق می گردد که به سالمندان ارائه می شود تا از عوارض ناشی از افزایش سن و تغییرات فیزیولوژیک بدن بکاهد و تا حد امکان باعث کاهش و یا به تعویق انداختن معلولیت های ناشی از اختلالات دوران سالمندی شود و یا در جهت درمان بیماریهای موجود اقدام نماید.
- ویزیت دوره ای پزشک عمومی حداقل یکبار در ماه
- خدمات مراقبتی مهارتی و پرستاری ۲۴ ساعته و انجام هرگونه تزریقات، سرم درمانی و...
- کنترل علائم حیاتی حداقل یکبار در روز
- ارجاع به موقع به مراکز بیمارستانی در مواقع ضروری با هماهنگی متعهد یا خانواده سالمند

۵-۲: اقدامات توانبخشی

۵-۲-۱: اقدامات توانبخشی

مجموعه خدمات فیزیوتراپی، کاردرمانی می باشد که در جهت ارتقاء کیفیت زندگی سالمند به صورت فردی یا تیمی توسط افراد مجرب و آموزش دیده انجام می شود.

- ارائه خدمات فیزیوتراپی حداقل ۴ جلسه در ماه برای هر سالمند نیاز به دریافت خدمت
- ارائه خدمات کاردرمانی حداقل ۴ جلسه در ماه برای هر سالمند نیاز به دریافت خدمت

تبصره ۱: با توجه به محدودیت جلسات ارائه خدمات توانبخشی و نیاز مسلم سالمندان جهت بهره وری از خدمت در بازه زمانی بیشتر، بخشی از تمرینات و فعالیت های درمانی برای سالمندان با حداقل وابستگی و سالمندان با وابستگی نسبی با نظر کارشناس مربوطه می تواند به صورت گروهی در قالب کلاس آموزشی بند ۴-۲-۵ این دستورالعمل صورت پذیرد.

تبصره ۲: ترجیحاً خدمات بصورت انفرادی و در صورت کمبود وقت و نیازهای مشترک به صورت گروهی انجام گردد.

۵-۲-۲: اقدامات توانبخشی حرفه ای

فرایندی است که طی آن توانمندیهای حرفه ای سالمندان تقویت و در جهت ارتقاء عملکردهای

جسمی، شناختی و اجتماعی آنان مورد استفاده قرار می گیرد.

- استفاده از امکانات آموزشی حداقل ۶ ساعت در هفته جهت سالمندان با حداقل وابستگی
- استفاده از امکانات آموزشی حداقل ۲ ساعت در هفته جهت سالمندان با وابستگی نسبی

۳-۲-۵: اقدامات توانبخشی اجتماعی

به مجموعه خدمات مددکاری و روانشناسی که جهت افزایش سازگاری اجتماعی سالمند در حل مشکلات اجتماعی. حسب نیاز ارائه می گردد.

بدیهی است ارائه خدمات مددکاری و روانشناسی با توجه به نیاز سالمند میباشد و میتواند در سالمندان با حداقل وابستگی و سالمندان با وابستگی نسبی با نظر کارشناس مربوطه به صورت گروهی در قالب کلاس آموزشی بند ۴-۲-۵ این دستورالعمل صورت پذیرد.

۴-۲-۵: اقدامات توانبخشی آموزشی

به مجموعه آموزش هایی اطلاق می شود که طی آن اصول زندگی سالم برای سالمندان نظیر مراقبت های شخصی، پیشگیری از عوارض دوران سالمندی، بازآموزی مهارتهای خودیاری و مهارتهای ارتباطی، مهارت استفاده از وسایل کمک توانبخشی، پرهیز از رفتارهای پرخطر، تغذیه سالم، هنردرمانی و... توسط اعضای تیم توانبخشی به صورت گروهی یا انفرادی با هدف بهبود و ارتقاء مهارت ها در انجام فعالیت های روزمره، ابزاری زندگی حسب نیاز ارائه می شود.

- تشکیل کلاس های آموزشی حداقل هفته ای ۳ روز برای هریک از سالمندان با حداقل وابستگی
- تشکیل کلاس های آموزشی حداقل هفته ای ۲ روز برای هریک از سالمندان با وابستگی نسبی
- آموزش و بازآموزی مهارت های خودیاری، مهارت استفاده از وسایل کمک توانبخشی و... برپالین جهت سالمندان با حداکثر وابستگی و سالمندان دارای نیاز خاص

۳-۲-۵: اقدامات فوق برنامه

خدمات فوق برنامه شامل فعالیت های ورزشی، تفریحی، فرهنگی و برگزاری برنامه های مرتبط با مناسبت ها و ایام خاص می باشد.

- انجام فعالیتهای ورزشی و تفریحی روزانه
- برگزاری مناسبت ها حداقل ۲ بار در ماه

تبصره ۳: مسئول فنی مرکز می بایست به نحوی برنامه ریزی نماید که کلیه سالمندان با توجه به مشکلات حرکتی، حسی، شناختی، ... و نیز علاقمندی آنان بتوانند از برنامه های مرکز بهره مند گردند.

۴-۲-۵: اقدامات غیرمهارتی

- بهداشت و نظافت شخصی بصورت روزانه و استحمام حداقل دو بار در هفته

▪ شستشوی البسه ، ملحفه و حداقل دو بار در هفته

▪ در صورت لزوم درخواست البسه مناسب و درخور شرایط سالمند حداقل دو دست در سال از متعهد یا خانواده سالمند

تبصره ۴: رعایت بندهای فوق منوط به تثبیت وضعیت سالمند می باشد، بالطبع در موارد سالمندان دارای نیازهای خاص با نظر متخصصین ذیربط و اولویت تامین رفاه سالمند شرایط متفاوت خواهد بود.

ماده ۶

تعداد و شرایط حضور نیروی انسانی

۶-۱: نیروی انسانی تخصصی

۶-۱-۱: حضور مسئول فنی در ساعات اداری شیفت صبح الزامی است.

۶-۱-۲: پزشک عمومی ترجیحاً دارای مدرک دانشگاهی سالمندشناسی یا طب سالمندی یک نفر ۲ روز در هفته و آنکال در اوقات و روزهای دیگر

۶-۱-۳: روانشناس با مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی یک نفر ۳ روز در هفته، با تعیین روزهای حضور طبق قرارداد

۶-۱-۴: مددکار اجتماعی با مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی در رشته مددکاری اجتماعی یا خدمات اجتماعی یک نفر ۳ روز در هفته ، با تعیین روزهای حضور طبق قرارداد

۶-۱-۵: کارشناس تغذیه یک نفر (هر سه ماه یکبار)

۶-۱-۶: پرستار با مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی یک نفر در تمام ایام هفته به ازای هر شیفت

۶-۱-۷: مراقب ترجیحاً دارای مدرک مددیاری سالمند که دوره آموزشی تئوری و عملی را گذرانده باشد به ازای هر ۷ نفر سالمند وابسته به تخت یا ۱۰ نفر سالمند مستقل ۱ نفر در هر شیفت

تبصره ۱: حضور پزشک در مواقع بحرانی واپیدمی بیماریها تا رفع بحران در تمام شیفتها بصورت شبانه روزی الزامی است.

تبصره ۲: انطباق جنسیتی مراقبین با سالمندان الزامی است.

تبصره ۳: در صورتیکه مرکز علیرغم اعلام فراخوان عمومی در روزنامه های کثیرالانتشار جهت جذب کارشناس پرستاری با کمبود نیروی انسانی پرستار مواجه باشد، مرکز مجاز است با هماهنگی و تأیید معاونت امور توانبخشی استان از نیروی انسانی بهیار، کمک پرستار با مدرک تحصیلی مورد تایید وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، کارشناس امداد و نجات، کارشناس فوریت های پزشکی و کارشناس ماما یی در شیفت های عصر و شب استفاده نماید. بدیهی است حضور کارشناس پرستاری در شیفت صبح الزامی است.

۸-۱-۶: فیزیوتراپیست با مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی یک نفر ۲ روز در هفته روزانه حداقل ۴ ساعت. (روزها وساعات حضور طبق قرار داد)

۹-۱-۶: کارشناس کاردرمانی با مدرک تحصیلی حداقل کارشناسی یک نفر ۲ روز در هفته روزانه حداقل ۴ ساعت (روزها وساعات حضور طبق قرار داد)

تبصره ۴: در مناطق محروم از نظر نیروی انسانی تخصصی، در گروه کارشناسان فیزیوتراپی و کاردرمانی و در گروه روانشناسی و مددکاری و یا در موارد خاص از جمله مرخصی و نبود جانشین برای هریک از آنها با هماهنگی بهزیستی استان، وظایف به فرد دیگر در گروه منتقل شود

تبصره ۵: حضور مدد کار و روانشناس در مرکز می بایست به گونه ای هماهنگ شود که ۶ روز هفته را پوشش دهند.

تبصره ۶: حتی الامکان برنامه حضور فیزیوتراپیست و کارشناس کاردرمانی در مرکز می بایست به گونه ای هماهنگ شود که هم پوشانی زمانی نداشته باشند و عدم حضور یکی از آنان توسط نیروی انسانی دیگر پوشش داده شود.

۱۰-۱-۶: کارشناس بهداشت با داشتن حداقل مدرک تحصیلی لیسانس بهداشت هر شش ماه یکبار

۲-۶: نیروی انسانی غیر تخصصی

۱-۲-۶: آشپز یک نفر

۲-۲-۶: کمک آشپز یک نفر

۳-۲-۶: خدمه یک نفر

تبصره ۷: در مراکز شبانه روزی بیش از ظرفیت اسمی ۵۰ نفر (تا سقف ۱۰۰ نفر) یک نفر بهیار یا کمک پرستار به نیروی انسانی در هر شیفت اضافه گردد. در ظرفیت های بالای ۱۰۰ نفر، نیروی انسانی پرستار به همان نسبت اضافه می گردد.

بدیهی است افزایش سایر نیروها متناسب با تعداد سالمندان افزایش می یابد.

تبصره ۸: در مراکز با ظرفیت اسمی بالاتر از ۵۰ نفر، به نیروی انسانی غیر تخصصی، یک نفر نیروی انسانی نگهبان یا سرایدار اضافه می گردد.

ماده ۷

شرح وظایف نیروی انسانی

۱-۷ وظایف مسئول فنی

مسئول فنی مرکز علاوه بر بندهای ۸-۲ ماده ۸ دستور العمل اجرایی موضوع بندهای ۱۲-۱ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب شورای معاونین مورخ ۸۷/۳/۶ موظف به رعایت موارد ذیل می باشد:

۱. سرپرستی و نظارت کامل برارائه خدمات آموزشی، مراقبتی و توانبخشی مرکز و رعایت

استاندارد های علمی و حرفه ای مندرج در دستورالعمل های سازمان بهزیستی

۲. اداره امور داخلی مرکز

۳. حفظ سلامت جسمی و روانی گروه هدف و اقدام در جهت بازتوانی و توانمند سازی آنان

۴. جلوگیری از دخالت افراد غیر مجاز در امور فنی مرکز

۵. اعلام گزارش مشکلاتی که در روند مراقبت و توانبخشی گروه هدف ایجاد اختلال نماید به اداره بهزیستی شهرستان مربوطه

۶. اعلام نیاز های مرکز به مؤسس و درخواست تأمین آنها

۷. ثبت گزارش روزانه و حفظ مستندات مربوطه

۸. نظارت دقیق بر تشکیل پرونده های پرسنلی، همچنین پرونده های حمایتی (اجتماعی)، پزشکی و توانبخشی برای گروه هدف در مرکز و درج اقدامات به عمل آمده و خدمات ارائه شده در آنها.

۹. حضور فعال و مستمر در ساعات اداری و در صورت نیاز و ضرورت در سایر اوقات شبانه روز

۱۰. حفظ و رعایت استانداردهای خدماتی، بهداشتی و فنی مرکز اعم از ساختمانی، تجهیزاتی، ایمنی، بهداشتی دارویی، توانبخشی و...

۱۱. همکاری با کارشناسان ناظر اعزامی از معاونت امور توانبخشی سازمان بهزیستی کشور، استان و شهرستان ها، کمیسیون صدور پروانه های بهزیستی و دفتر بازرسی و حراست سازمان

۱۲. اعلام بیماریهای واگیردار خدمت گیرندگان (سل، وبا، هیپاتیت، ایدز و...) طبق دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بهزیستی شهرستان

۱۳. ارسال گزارش کتبی خدمت گیرندگان فوت شده در مرکز با ذکر زمان و علل فوت آنها به بهزیستی شهرستان

۱۴. انجام مکاتبات رسمی و اداری

۱۵. رعایت و تسلط کامل بر مفاد کلیه دستورالعملها، ضوابط و مقررات ابلاغی از سازمان

۱۶. بررسی و رسیدگی به شکایات مطروحه از مرکز که در حوزه اختیارات مسئول فنی قرار دارد

۱۷. رعایت و نظارت بر الگوهای مراقبتی، توانبخشی، آموزشی و غذایی مورد تأیید و ابلاغی از سازمان بهزیستی به مراکز

۱۸. نصب اسامی پرسنل مرکز و رشته تخصصی هر فرد در اتاق مسئول فنی، برنامه کاری مرکز و برنامه روزانه در خصوص نحوه مدیریت اوقات فراغت توانخواهان در تابلو اعلانات و نیز برنامه غذایی در آشپزخانه مرکز

۱۹. حفظ حریم شخصی و برخورد مناسب و توأم با تکریم گروه هدف

۲۰. نظارت بر نحوه ترخیص و تحویل گروه هدف

۲۱. اخذ تصمیمات لازم در ارتباط با امور مرتبط با نیازهای گروه هدف با توجه به گزارشات ارائه شده توسط مسئولین شیفت ها

۲۲. برنامه ریزی جهت آگاه سازی کارکنان جدید الورد به مقررات اداری و استانداردهای

مراقبتی و توانبخشی

۲۳. برنامه ریزی به منظور تقسیم کار برای کلیه پرسنل بخش بر اساس نیاز گروه هدف

۲۴. نظارت و کنترل دارو ها و تجهیزات (از نظر تاریخ مصرف و ...)

۲۵. هماهنگی جهت تهیه ما یحتاج مرکز اعم از دارو ها ، مواد غذایی ، بهداشتی و ...

۲۶. برنامه ریزی آموزشی جهت افزایش سطح آگاهی گروه هدف در زمینه اصول مراقبت های

فردی

۲۷. کنترل و نظارت بر نحوه پذیرش و ترخیص گروه هدف

۲۸. برنامه ریزی و ایجاد هماهنگی جهت حضور نیروهای تخصصی مورد نیاز مطابق با

دستورالعملهای ابلاغی

۲۹. برنامه ریزی و ایجاد هماهنگی جهت حضور یا ارجاع به پزشکان تخصصی مورد نیاز

۳۰. ارسال آمار ماهیانه به بهزیستی استان جهت اخذ یارانه

۳۱. نظارت و کنترل پرونده های آموزشی ، توانبخشی ، پزشکی گروه هدف

۳۲. برنامه ریزی جهت امور فوق برنامه و فعالیتهای تفریحی

۷-۲: شرح وظایف پزشک:

- ویزیت و دستور انجام آزمایشات، رادیوگرافی، سونوگرافی
- دارو درمانی و تعیین خط مشی درمانی
- نظارت بر اجرای درمان های پزشکی و نحوه استفاده از لوازم بهداشتی
- آموزش فرد در زمینه مسائل بهداشتی و درمانی
- ارجاع برای اقدامات پزشکی تخصصی در صورت نیاز
- مستندسازی اقدامات در پرونده پزشکی

۷-۳: شرح وظایف بهیار

- انجام امور مراقبت طبق دستور پرستار
- تأمین نیازهای مراقبتی سالمندان وابسته شامل : نظارت و کمک به مراقب در حمام دادن
- تغذیه سالمندانی که دارای لوله معده هستند با نظارت پرستار
- تنقیه بنا به دستور پزشک و با نظارت پرستار
- تعویض کیسه کلتومی
- گرفتن نمونه های آزمایشگاهی شامل ادرار - مدفوع و خلط تحت نظارت پرستار
- استفاده از کیسه آب گرم و یخ در حفظ درجه حرارت طبیعی بدن
- مراقبت در حفظ نظم و نظافت
- آماده کردن وسایل لازم جهت امور مراقبتی توسط پرستار (مانند وسایل پانسمان و ...) و

جمع آوری آنها پس از اتمام کار ، شستشوی وسایل و در صورت لزوم استریل کردن آنها

- آماده کردن بیمار برای معاینه پزشکی شامل : برقراری ارتباط ، دادن وضعیت مناسب به بیمار ، حفظ محیط مناسب برای معاینه ، برداشتن پوشش و در معرض قرار دادن عضو مورد معاینه ، در دسترس قرار دادن وسایل مورد نیاز جهت معاینه
- کنترل و تحویل البسه ، ملحفه ، پتو ، روتختی و از مسئول رختشویخانه
- کنترل مواد شوینده و تسهیل در تحویل آن
- پیشگیری از بروز حوادث احتمالی در حفظ امنیت فرد
- کمک در امر توانبخشی سالمند طبق دستور تیم توانبخشی
- انجام سایر امور محوله طبق دستور ما فوق

۷-۴ : شرح وظایف مراقب

- اعلام هرگونه تغییر در وضعیت جسمی یا روانی سالمند از جمله ایجاد قرمزی ، کبودی ، تورم ، نقاط دردناک ، و شکایت ها و مشکلات سالمند به مافوق
- کمک و یا انجام جابه جایی سالمند دارای ناتوانی
- کمک و یا انجام کلیه امور شخصی سالمند (غذا خوردن ، لباس پوشیدن ، استحمام ، شستن دست و صورت ، مسواک زدن ، شستن دندان مصنوعی ، توالیت رفتن ، به خود رسیدن)
- مرتب کردن البسه ، ملحفه و وسایل شخصی سالمند (حوله ، لیف ، مسواک ، شانه و ...)
- کمک به سالمندانی که به هنگام راه رفتن تعادل ندارند.
- تعویض پوشک سالمندان طبق برنامه زمان بندی و در صورت لزوم با توجه به دستور مافوق ، تعویض خارج از نوبت
- دادن لگن و لوله به سالمندان در صورت نیاز ، ضد عفونی کردن آن پس از هر بار استفاده و مرتب نکه داشتن محل نگهداری لگن ها
- جمع آوری البسه ، روبالشتی ، ملحفه جهت شستشو به رختشویی
- شستشو و نظافت مددجویان پس از گرفتن لگن و یا به هنگام تعویض پوشک
- ضد عفونی کردن تخت و تجهیزات سالمند در نظافت های دوره ای و هم چنین پس از فوت و یا ترخیص وی
- هماهنگی و کمک به سالمند جهت حضور و شرکت در برنامه های فرهنگی تفریحی در داخل و خارج از مراکز و انجام کلیه وظایف مربوطه
- همکاری لازم با تیم توانبخشی در خصوص انجام ماساژ ، ورزش ، تحرک بدنی ، گپ و گفتگو و..... طبق دستور اعضای تیم
- تحویل گرفتن بخش از مراقب شیفت قبل طبق ضوابط و در غیر اینصورت گزارش به مافوق
- حفظ ظاهر مناسب (پوشیدن یونیفورم مناسب و تمیز)
- حفظ و نگهداری اموال اختصاصی هریک از سالمندان مانند لیوان ، حوله ، لیف ، شانه ، دمپایی و ...

تبصره : صاحب امتیاز مرکز موظف است پس از تثبیت وضعیت مراقبین و انعقاد قرارداد ، هماهنگی لازم جهت آموزش آنان را با شرکت در دوره های آموزشی در زمینه های مختلف رعایت بهداشت، نحوه مراقبت از بیمار، انجام کمک های اولیه، پانسمان و خدمات اولیه بهیاری از طریق مراجع دانشگاهی ذیصلاح یا سازمان نظام پرستاری ویا مراکز علمی کاربردی وابسته به سازمان بهزیستی ویا از طریق تیم توانپزشکی مرکز به انجام رساند.

۵-۷ : شرح وظایف پرستار

- تحویل دادن بخش ها و ارائه گزارش کتبی به پرستار شیفت بعد در هر شیفت کاری
- ارزیابی سلامت سالمندان ، اعلام کتبی هرگونه تغییر به مسئول تیم توانبخشی
- نظارت بر بهداشت عمومی مرکز
- نظارت بر سلامت تجهیزات پرستاری و اعلام به موقع جهت رفع کمبودها و نواقص
- نظارت بر کلیه امور مراقبتی سالمندان از جمله حمام کردن - غذاخوردن و ...
- انجام اقدامات پرستاری شامل کنترل فشارخون ، علائم حیاتی ، بصورت روزانه و ثبت آن و در صورت لزوم پانسمان ، تعویض سونداژ ، تزریق آمپول ، سرم و ...
- کنترل نظارت و ارزشیابی دارو درمانی با توجه به افزایش استعداد ابتلا به عوارض دارویی در سالمندان

- مشاوره ، آموزش و انجام مداخلات در الگوی دفع طبیعی
- ثبت اقدامات انجام شده و تعیین برنامه های مراقبتی و تکمیل پرونده
- کنترل تاریخ مصرف داروها
- تقسیم کار مراقبین و بهیاران مرکز و نظارت بر نحوه کار آنان
- پیگیری دستورات پزشک مرکز
- راهنمایی و آموزش در رعایت بهداشت فردی سالمندان بالاخص بهداشت دهان و دندان سالمندان مرکزودر در صورت نیاز ارجاع به کلینیکهای دندانپزشکی
- راهنمایی و آموزش در رعایت بهداشت فردی پرسنل مرکز
- ارزیابی وضعیت سالمندان و ثبت در پرونده آنان و اعلام کتبی هرگونه تغییر به مسئول تیم توانبخشی

- مستند سازی کلیه اقدامات در پرونده پرستاری
- نظارت بر رژیم غذایی سالمندان

۶-۷ : شرح وظایف روانشناس

- تشکیل پرونده روانشناسی شامل:
 - ارزیابی وضعیت خانوادگی
 - ارزیابی خصوصیات فردی (تأهل - سواد سالمند و بستگان نزدیک)
 - ارزیابی سلامت روانی به کمک تست های مربوطه و ثبت نتایج در پرونده روانشناسی

- مشاوره با فرد سالمند و خانواده
- ایفای نقش تسهیل گری در ایجاد ارتباط مستمر بین خانواده و مرکز نگهداری
- حضور مؤثر در تیم توانبخشی مرکز در خصوص ارزیابی دوره ای وضعیت روانی فرد
- تشریح شرایط مرکز برای فرد سالمند و خانواده جهت پذیرش شرایط جدید.
- تشخیص به موقع اختلالات روانی و رفتاری سالمندان و ارجاع صحیح آنان در صورت لزوم .
- آموزش به پرسنل مرکز در خصوص شیوه برقراری ارتباط با فرد سالمند بر اساس ویژگی های روانشناختی سالمندان مانند نقایص حسی یا مشکلات عاطفی
- همکاری با تیم توانبخشی جهت تعیین علایق و فعال سازی افراد سالمند
- غربالگری ودسته بندی افراد سالمند براساس شرایط روانی آنها(مانند ابتلای به آلزایمر یا اختلالات نوروتیک)
- مستندسازی اقدامات در پرونده روانشناسی

۷-۷: شرح وظایف مددکار اجتماعی

- رعایت موازین و ضوابط حرفه ای و اداری
- رعایت سیاست ها ، ضوابط و دستورالعمل های سازمان بهزیستی
- برقراری ارتباط نزدیک و مبتنی بر اعتماد و محبت با سالمندان
- تشکیل پرونده اجتماعی برای سالمندان و ثبت اطلاعات و وقایع و همچنین تهیه گزارش مددکاری از خانواده
- تعامل و همکاری مداوم با مسئول فنی و کارشناسان و مراقبین
- شرکت در جلسات تیمی به صورت مرتب و دوره ای برای بررسی وضعیت سالمندان
- برگزاری کلاسهای آموزشی با همکاری روانشناس در ارتباط با ویژگی ها و نیازهای سالمندان برای همکاران و خانواده سالمندان
- انجام اقدامات لازم به منظور روشن نمودن وضعیت سالمندان مجهول الهویه و اخذ مدارک جهت تعیین هویت آنها، همکاری مددکار با سازمان بهزیستی و نهادهای مرتبط مانند نیروی انتظامی به منظور تعیین هویت و یا اخذ کارت شناسایی
- بررسی و فراهم سازی زمینه در خانواده برای ترخیص سالمندان واجد شرایط
- فراهم سازی شرایط تسهیل و تسریع ملاقات سالمندان با خانواده
- ایجاد ارتباط حرفه ای براساس اصول وارزشهای مددکاری با سالمندان مرکز
- ایجاد زمینه برای مشارکت دادن سالمندان در فعالیت های درون مرکز
- ایجاد زمینه در خصوص شرکت دادن سالمندان در محافل عمومی ، مراسم مختلف و برنامه های تفریحی و اردویی، پس از هماهنگی و اخذ مجوز از بهزیستی شهرستان
- انجام امور مرتبط با سالمندان فوت شده در مرکز
- راهنمایی فرد مددجو برای بهره مندی از خدمات سایر سازمان های حمایتی

▪ مستندسازی اقدامات در پرونده اجتماعی

۷-۸: شرح وظایف فیزیوتراپیست

- راهنمایی سالمند یا مراقب سالمند جهت آماده شدن و به منظور استفاده از اعمال فیزیوتراپی
- بکارگیری وسایل فیزیوتراپی بسته به نوع نیاز سالمند از جمله اولتراسوند، اشعه مادون قرمز و ...
- آموزش نحوه استفاده از وسایل مکانوتراپی نظیر پارالل، دوچرخه ثابت و ...
- بازآموزی راه رفتن در صورت نیاز
- ایجاد حس همکاری سالمند جهت ادامه و پیگیری برنامه فیزیوتراپی و در صورت لزوم هماهنگی با روانشناس مرکز در این زمینه
- انجام کار تیمی جهت پیگیری های لازم بمنظور ادامه درمان توانبخشی سالمند
- ارجاع برای خدمات توانبخشی تخصصی در صورت نیاز
- ارزیابی سالمندان در خصوص نحوه انجام کارهای روزمره و تجویز برنامه فیزیوتراپی با هماهنگی تیم توانبخشی
- بازدید و بررسی دستگاههای فیزیوتراپی از نظر ایمنی
- تعیین میزان دامنه حرکتی مجاز برای سالمند و آموزش نحوه انجام آن به مراقب وی و بیان عوارض و پیامدهای ناشی از انجام ورزشهای نامناسب
- تعیین نحوه و زمان وضعیت دهی و جابجایی سالمندان تخت گرا به مراقبین و بیان پیامدهای ناشی از بی حرکتی و وضعیت دهی نامناسب اندامها
- آموزش کادر مراقبت در خصوص مشکلات حرکتی سالمندان و عوارض و پیامدهای بی حرکتی آنان و نحوه پیشگیری از آن
- آموزش نحوه استفاده از وسایل کمکی نظیر عصا، واکر، ویلچر و ...
- هماهنگی جهت آموزش فعالیت های ورزشی گروهی سالمندان
- همکاری تیمی جهت تهیه بروشور، پمفلت آموزشی، کتابچه و ... بمنظور آموزش آسان سالمند و کادر مراقبتی
- تکمیل پرونده شامل ارزیابی اولیه، دوره ای، طراحی و انجام مداخلات تخصصی
- نظارت بر ارگونومی محیط، لوازم و تجهیزات با همکاری کارشناس کاردرمانی
- مستندسازی اقدامات در پرونده توانبخشی

۷-۹: شرح وظایف کارشناس کاردرمانی

- ارزیابی و کسب آگاهی از توانایی ها و ناتوانایی های سالمند
- ارائه آموزش های لازم برای دستیابی مجدد به مهارت ها و کسب استقلال فردی

- آموزش و تقویت مهارت های لازم در ADL و IADL
- آموزش استفاده از تکنیک های تطابقی جهت جبران ناتوانایی های فرد سالمند
- ساپورت و حمایت سالمند از نظر سایکوسوشیال، باهمکاری مددکار و روانشناس
- حفظ و تقویت عملکرد، قدرت عضلانی و تحرک فیزیکی در قالب تکنیک های تمرین درمانی و فعالیت های هدفمند
- تجویز وسایل کمکی
- آموزش نحوه استفاده از وسایل کمکی نظیر عصا، واکر، ویلچر و...
- آموزش اصول جابجایی به سالمند و مراقبین
- تجویز و ساخت اسپلینت و در صورت عدم امکان، ارجاع به مراکز تخصصی توانبخشی
- ارزیابی و تقویت مهارت های حرفه ای
- تقویت مهارت های شناختی، قدرت انگیزه، افزایش تحمل کاری و تقویت ارتباطات اجتماعی
- نظارت بر ارگونومی محیط، لوازم و تجهیزات
- همکاری تیمی جهت تهیه بروشور، پمفلت آموزشی، کتابچه و... بمنظور آموزش آسان سالمند و کادر مراقبتی
- تکمیل پرونده شامل ارزیابی اولیه، دوره ای و طراحی و انجام مداخلات تخصصی
- آموزش کادر مراقبت در خصوص مشکلات حرکتی سالمندان و عوارض و پیامدهای بی حرکتی آنان و نحوه پیشگیری از آن در صورت عدم حضور فیزیوتراپیست
- مستندسازی اقدامات در پرونده توانبخشی

۱۰- ۷ شرح وظایف کارشناس تغذیه :

- ارزیابی اولیه تغذیه ای کلیه سالمندان در بدو ورود و هر سه ماه یکبار
- ارزیابی اولیه تخصصی تغذیه ای برای افراد غربال شده از ارزیابی اولیه و پیگیری موارد نیازمند به مشاوره تخصصی تغذیه
- تهیه لیست مددجویان نیازمند به رژیم غذایی خاص و ارائه مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم درمانی و ثبت در پرونده
- پیگیری برنامه مراقبت تغذیه ای براساس برنامه تغذیه ای تنظیم شده
- تهیه و تنظیم برنامه غذایی فصلی برای کلیه مددجویان مقیم مرکز
- تهیه و تنظیم بازنگری درمنوهای غذایی معمولی و رژیمی
- ارزیابی دوره ای هر شش ماه یکبار وضعیت تغذیه برای کلیه سالمندان
- آموزش در خصوص مراحل آماده سازی، ذخیره سازی، پخت و نحوه چیدمان و بسته بندی غذاهای معمولی و رژیمی
- آموزش نحوه بسته بندی مناسب و ثبت تاریخ ذخیره و تاریخ انقضا مواد غذایی نگهداری شده

در یخچال و فریزر و سردخانه

- پیشنهاد انجام آزمایشات لازم از مواد خام و پخته و پیگیری نتایج آن در صورت لزوم
- نظارت بر انبار مواد غذایی

۷-۱۱ شرح وظایف کارشناس بهداشت :

- ارائه آموزش های لازم در خصوص کنترل بهداشت محیط کلیه اماکن مرکز اعم از خوابگاههای توانخواهان، فضا های پرستاری و پزشکی و توانبخشی، اداری، سرویس های بهداشتی و انبارها
- تهیه و تدوین مطالب آموزشی و تشکیل جلسات آموزشی مرتبط با بهداشت محیط و بهداشت عمومی برای پرسنل در رده های مختلف
- بررسی وضعیت آب مورد مصرف مرکز (شبکه عمومی ، شبکه خصوصی) و تشکیل پرونده مربوط به آن
- ارائه آموزش های لازم در خصوص نحوه دفع فاضلاب مرکز و در صورت وجود معضل ، ارائه پیشنهاد های اجرایی مناسب
- ارائه آموزش های لازم در خصوص کنترل حشرات و جوندگان با اولویت بهسازی محیط ، دفع بهداشتی زباله و در صورت نیاز ، استفاده اصولی از روش های شیمیایی و نیز جلوگیری از فعالیت شرکتهای سم پاشی غیر مجاز
- ارائه آموزش های لازم در خصوص تهیه و کاربرد مواد گندزدا و پاک کننده مرکز
- اقدام لازم در زمینه تهیه البسه و ملزومات مورد نیاز در سمپاشی و ضد عفونی (روپوش - کلاه - دستکش - ماسک - چکمه و ...) و تدارک سموم و مواد گندزدا و دیگر تجهیزات و وسایل مورد استفاده در سمپاشی و ضد عفونی با هماهنگی مسئولین مرکز
- بررسی وضعیت فنی و بهداشتی سیستم تهویه مطبوع و سیستم گرمایش و سرمایش در مرکز و ارائه راهکار در جهت رفع مشکلات احتمالی موجود
- ارائه آموزش های لازم در خصوص نکات بهداشتی در خصوص :
(شرایط بهداشت محیطی آشپزخانه ، وضعیت سردخانه ، انبار نگهداری مواد غذایی ، سرویسهای بهداشتی ، بهداشت فردی توانخواهان و پرسنل ، اطاق استراحت پرسنل ، شستشو و ضد عفونی ظروف ، شستشو و ضد عفونی سبزیجات خام مورد استفاده ، وضعیت بهداشتی مواد غذایی آماده طبخ وسایل و ظروف مورد استفاده و ...)
- ارائه آموزش های لازم در خصوص امور مربوط به رختشویخانه و رعایت کلیه نکات ایمنی و بهداشتی از نظر تفکیک البسه عفونی از غیر عفونی در هنگام شستشو و استفاده از دستگاه های شوینده اتوماتیک و مواد پاک کننده مناسب و نهایتاً " ضد عفونی و اطو کشی البسه بخش عفونی و آلوده (توضیحاً در کاربرد مواد ضد عفونی کننده بایستی دقت لازم در انتخاب نوع آن و میزان مجاز بعمل آید تا خرابی دستگاهها و البسه را سبب نشود .)

- ارتباط مستمر با کارشناسان بهداشت و درمان شبکه بهداشت
- مستند سازی فعالیت های انجام شده
- ارائه آموزش های لازم در خصوص نکات ایمنی و مشارکت فعال در کاهش سوانح و صدمات داخل مرکز از جمله پوشش پنجره ها ، وسایل اطفاء حریق و سیستم های هشداردهنده و...
- انجام امور محوله در شرایط خاص مانند کنترل همه گیری و نیز مقابله با بحران و بلایا

ماده ۸

▪ فضای فیزیکی

فضای فیزیکی مرکز بایستی متناسب با انواع خدمات درمانی و توانبخشی ارائه شده در مرکز و نیز تعداد سالمند بستری باشد که حداقل فضای فیزیکی موردنیاز به شرح زیر می باشد:

۸-۱: اتاق معاینه پزشک، مشاوره روانشناسی و مددکاری حداقل ۹ متر مربع

۸-۲: اتاق مسئول فنی به مساحت حداقل ۹ مترمربع

۸-۳: فضای فیزیوتراپی و کاردرمانی به مساحت حداقل ۱۶ متر مربع

۸-۴: ایستگاه پرستاری مجهز به قفسه قفل دار داروهای ضروری به مساحت حداقل ۶ مترمربع

تبصره ۱: در فضای فیزیکی معرفی شده برای دریافت مجوز بهره برداری ، فعالیت های غیر از درمان و توانبخشی سالمندان تحت پوشش مرکز مجاز نیست.

۸-۵: اتاق سالمند با گنجایش حداکثر ۶ نفر و حداقل مساحت ۴ متر مربع برای هر نفر

تبصره ۲: حداقل ۱۰٪ ظرفیت کل مرکز می تواند به صورت اتاق یک نفره باشد.

تبصره ۳: هرگونه تغییرات فیزیکی در مرکز که منجر به فضا سازی جدید گردد می بایست با هماهنگی بهزیستی شهرستان صورت پذیرد.

۸-۶: اتاق رخت کن پرستاران ، بهیاران و مراقبین به مساحت حداقل ۶ مترمربع

۸-۷: اتاق قرنطینه به مساحت حداقل ۹ مترمربع

تبصره ۴: مرکز شبانه روزی میبایست دارای اتاق قرنطینه با شرایط ذیل جهت اقامت در بدو پذیرش حداقل به مدت یک هفته و در مواقع خاص (ابتلا به بیماریهای واگیر و...) باشد :

دارای یک تخت ، پنجره های باز شو ، دارای تهویه ی مناسب ، دارای جریان هوا به سمت بیرون .

۸-۸: اتاق مطالعه (کتابخانه) و نمازخانه حداقل به مساحت ۶ مترمربع

۸-۹: سالن غذاخوری و سالن اجتماعات به مساحت حداقل ۳۰ متر مربع

۸-۱۰: فضای آموزشی به مساحت حداقل ۱۵ متر مربع

۸-۱۱: فضای ملاقات خصوصی خانواده و سالمند

۸-۱۲: آشپزخانه با حداقل فضای ۲۰ متر مربع جهت طبخ غذا

۸-۱۳: سرویس بهداشتی سالمندان (به ازای هر ۱۰ نفر یک دستشویی و ۱۵ نفر یک حمام)

۸-۱۴: فضای رختشویخانه با مساحت مناسب

۸-۱۵: سرویس بهداشتی متناسب با تعداد پرسنل مرکز

۸-۱۶: محوطه باز و فضای سبز جهت انجام فعالیت های رفاهی و تفریحی سالمند

تبصره ۵: ایجاد فضای مفروش متناسب با وضعیت جسمی حرکتی سالمندان و فرهنگ منطقه جهت نشست های دورهمی سالمندان مستقل در فضاهای موجود مرکز با هدف ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان بلامانع می باشد.

تبصره ۶: استفاده از فضاهای موجود در مرکز جهت بهره وری آموزشی (فضای آموزشی)، در صورتی که باعث اختلال در برنامه ها و ارائه خدمات مرکز نگردد، بلامانع می باشد.

تبصره ۷: در مراکز با ظرفیت اسمی بالای ۵۰ نفر، اتاق نگهداری با مساحت حداقل ۶ مترمربع به فضای فیزیکی موردنیاز اضافه می گردد.

ماده ۹

شرایط اختصاصی ساختمان

۹-۱: اتاق سالمند و کلاس آموزشی آنان باید دارای پنجره و نور طبیعی باشد.

۹-۲: چیدمان فضای مراکز می بایست در راستای تردد آسان سالمندان باشد.

۹-۳: نصب وسیله مناسب مانند آیفون، زنگ اخبار جهت دسترسی آسان و اطلاع از وقوع حادثه در محل اقامت، دستشویی و حمام ضروری می باشد.

۹-۴: وجود تسهیلات لازم جهت جابجایی و تردد سالمند و دسترسی به ترازهای بالاتر از جمله آسانسور، بالابر و سطح شیب دار الزامی است.

۹-۵: امکان استفاده آسان سالمند از تلفن فراهم باشد.

۹-۶: تراز کف در طرفین کلیه درهایی بوده و حداکثر ارتفاع آستانه ۲ سانتی متر می باشد.

۹-۷: حداقل عرض مفید بازو درهای فضاهای مورد استفاده سالمندان باید ۹۰ سانتی متر باشد.

۹-۸: حداکثر ظرفیت اتاقهای عمومی در مراکز شبانه روزی ۶ نفر می باشد.

۹-۹: طبقات زیر همکف (زیرزمین) نمی تواند به عنوان اتاق سالمند در نظر گرفته شود.

۹-۱۰: تخت سالمند باید در ابعاد $90\text{cm} \times 200\text{cm}$ با ارتفاع مناسب باشد.

۹-۱۱: استفاده از تختهای بیمارستانی در خصوص سالمند وابسته بلامانع است.

۹-۱۲: وجود حمام و سرویس بهداشتی استاندارد قابل استفاده سالمندان در هر طبقه الزامی است.

۹-۱۳: همه فضاهای مرکز اعم از سالن ها، اتاق ها و سرویس های بهداشتی می بایست مجهز به دستگیره کمکی جهت تردد سالمندان باشد.

۹-۱۴: ساختمان مورد نظر می بایست در مکانی واقع شود که دارای آرامش نسبی بوده و حتی المقدور از پاکیزگی هوا برخوردار باشد.

۹-۱۵: وجود سکوی شستشو و صندلی متحرک و ویلچر مخصوص حمام جهت تسهیل استحمام

سالمندان

۹-۱۶ : عایق کاری لوله های آب گرم بویژه زیر دستشویی ها برای پیشگیری از آسیب سالمندان دارای اختلالات حسی

۹-۱۷ : در صورت دریافت یک مجوز فعالیت برای دو جنس مختلف (مذکر و مونث) می بایست بخش های زنان و مردان با ورودی های کاملا مجزا و رعایت تفکیک جنسیتی مراقبین حسب دستورالعمل در نظر گرفته شود.

ماده ۱۰

تجهیزات و لوازم تخصصی مورد نیاز

تجهیزات عمومی :

۱۰-۱: تجهیزات اداری

میز - صندلی - خط تلفن مستقل - فاکس - فایل - سیستم بایگانی - رایانه، چاپگر، لوازم التحریر مصرفی در حد متعارف و یک خط تلفن همراه به منظور برقراری ارتباط در موارد اضطراری
۱۰-۲: وسایل و تجهیزات آشپزخانه :

اجاق گاز - یخچال - فریزر - وسایل و ظروف غذاخوری (کلیه ظروف غذاخوری استیل و یا چینی باشد) و...

۱۰-۳: وسایل و تجهیزات عمومی مرکز :

سیستم گرمایشی و سرمایشی استاندارد - چراغ های اضطراری با باتری های شارژی و منبع آب اضطراری متصل به شبکه لوله کشی در مراکز شبانه روزی - کپسول های آتش نشانی یا سیستم اطفاء حریق متناسب با فضای مرکز - جعبه کمکهای اولیه - وسایل صوتی و تصویری
۱۰-۴: تجهیزات فضای رختشویخانه :

ماشین لباسشویی - خشک کن - دستگاه ضد عفونی کننده البسه

تجهیزات تخصصی:

۱۰-۵: لوازم پزشکی و پرستاری

درجه اندازه گیری حرارت، فشارسنج، گوشی پزشکی، برانکارد، تخت معاینه، پاراوان، ترازوی پزشکی، ساکشن، فور کپسول اکسیژن، ست احیاء شامل لارنگوسکوپ، لوله تراشه، آمبوبگ و داروهای تزریقی مورد نیاز و وسایل و لوازم خدمات پرستاری، لوازم طبی مصرف شدنی و تشک مواج

تبصره: مرکز باید مجهز به قفسه نگهداری پرونده پزشکی معلولان باشد.

۱۰-۶: تجهیزات فیزیوتراپی و کاردرمانی

دستگاه TNS-تحریک الکتریکی گالوانیک و فارادیک - مادون قرمز- اولتراسوند- مخزن هات پک و ضمائم- ماساژور دستی- فریم همراه با وسایل تعلیق و تخت- پارالل و آینه- چرخ شانه- دوچرخه ثابت- پولی و ضمائم- ست دست ورز- ویلچر- انواع عصاها و واکر- خمیردرمانی- مت درمان- نردبان انگشتی-ودج تقویت کوادریسیس-تخت درمان کاردرمانی

۷-۱۰: تجهیزات مورد نیاز در بخش روانشناسی

وسایل آموزشی و کمک آموزشی و تفریح درمانی و انواع تست های روانشناسی

۸-۱۰: تجهیزات آموزشی، تفریحی، هنری و ورزشی

- تعداد حداقل ۲ دستگاه تلویزیون

- یک دستگاه بخش صوتی -تصویری

- وسایل تفریحی و ورزشی شامل: شطرنج، دارت آهن ربایی، جداول مختلف وسایر وسایل با

توجه به علاقه مندی سالمندان

- میز و صندلی مناسب سالمند جهت کلاس آموزشی

۹-۱۰: تجهیزات اتاق سالمندان

برای هر سالمند:

▪ تخت بستری دارای ارتفاع مناسب بر اساس میزان استقلال سالمند و تشک استاندارد با

توجه به شرایط سالمند

▪ کمد یا دراور

▪ صندلی مناسب و ایمن

ماده ۱۱

این دستورالعمل در ۱۱ ماده و ۲۷ تبصره توسط حوزه معاونت امور توانبخشی، دفتر امور مراکز توانبخشی مراقبتی بازنگری و در سال ۱۳۹۶ در شورای مدیران حوزه معاونت امور توانبخشی کشور به تصویب رسید و هرگونه تغییر در آن مستلزم تأیید مجدد شورای مذکور می باشد.