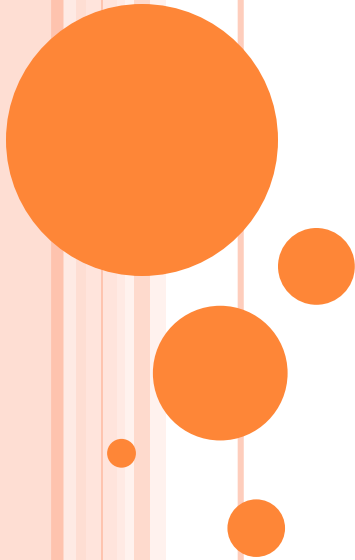


مداخله در بحران (فیلد بیمارستان)

ارائه کنندگان :

دکتر مرضیه محمدی
سینا شہامت

بیمارستان شهدا سلامت نی ریز
دانشگاه علوم پزشکی شیراز



❖ مداخله چیست؟

دخالت هدفمند در یک فرآیند، رویداد یا وضعیت با هدف مشخص و از پیش طراحی شده. در واقع مداخله، ورود ناگهانی نیست بلکه نیت مند است.

❖ بحران چیست؟

آشفته‌گی و تغییر حالت ناگهانی، بالاترین مرحله یک جریان (فرهنگ معین) از واژه یونانی **krisis** گرفته شده است که به معنای تصمیم یا نقطه عطف است.

❖ مداخله در بحران چیست؟

سلسله اقدامات تخصصی که افراد، خانواده ها یا گروهها را در استفاده از مکانیسم های تطابقی حل بحران کمک کند، تا بتوانند برای حل موفقیت آمیز بحران، توانایی و مهارت سازگاری با محیط را افزایش دهند.

❖ سطوح مداخله در بحران:

سطح فردی :

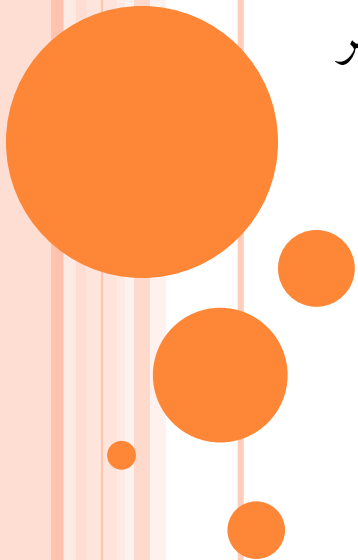
کاهش تنش و اضطراب اولیه، حمایت عمومی، استفاده از مهارت‌های عمومی زندگی، استفاده از مهارت‌های زندگی خاص

سطح خانوادگی :

درگیرسازی خانواده، آرام سازی اعضای خانواده، تعیین وظایف برای هر یک از اعضای خانواده

سطح اجتماعی :

هنگام تدوین برنامه های پنج ساله کشور



❖ ویژگی های مداخله در بحران

- ۱- ارائه خدمات مداخله در بحران از طریق افراد آموزش دیده و با تجربه
- ۲- هدف از مداخله عبارت است از کمک به افراد و خانواده ها برای تغییر یا اصلاح ویژگی های شخصی مانند احساسات ، نگرش ها و رفتارها
- ۳- در نتیجه فرایند مداخله در بحران، افراد قادرند به سازگاری با شرایط زندگی خود دست یابند.

❖ کاربردهای مداخله در بحران

مداخله در بحران را می توان برای شمار زیادی از مشکلات به کار برد مثل:

تجاوز جنسی

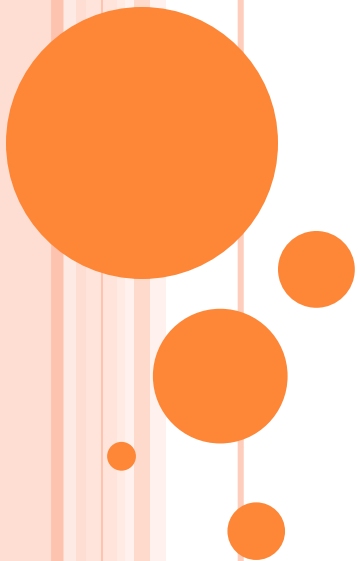
بیماری جسمی، استرس جنگ، استرس پس از حادثه،

تفکرات خودکشی

وابستگی شیمیایی (مواد مخدر، روانگردان، الکل و..)

فقدانهای شخصی

خشونت خانگی

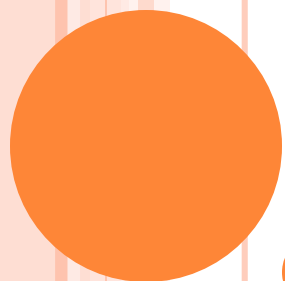


چرا مداخله در بحران برای کادر درمان و پرسنل بیمارستان؟

- فضا و روابط موجود در محیط های درمانی، به ویژه بیمارستان، ملتهب، پر استرس و به نوعی بازتاب دهنده بحرانهای فردی است.

- رویکرد مداخله در بحران مبتنی بر رویکرد قابلیت ها یا توانایی هاست:

«رشد مراجع حتی در موقعیت های بسیار سخت امکان پذیر تلقی می شود».



به کارگیری رویکرد توانایی ها برای مداخله در بحران مبتنی بر فرضیه های کاربردی زیر است:

۱- در حوادث بحرانی، واکنش های هر شخص منحصر بفرد است و فرایند کمک باید اختصاصی باشد.

۲- هر انسانی «کارشناس» فرایند بازسازی خویش است، مددکاران اجتماعی آنچه وجود دارد را تسهیل می کنند-قابلیت ها و مهارت های مقابله و مرتبط شدن با منابع و حمایت ها-.

۳- فرایند طبیعی بازسازی در صورتی رخ می دهد که مداخله های ساختگی تا حد امکان در آن وقفه ایجاد نکنند. «کمک» اعم از روانی یا عملی باید بدون هیچ خدشه ای با فرایند طبیعی همسو باشد.

مداخله در سوگ

تعریف سوگ:

سوگ حالت اندوه و ناراحتی شدید درونی در واکنش به از دست دادن شخص یا عقیده و فکری خاص است. این تعریف مربوط به وضعیت طبیعی سوگ است.

اما یک نوع سوگ عمیق‌تر و پیچیده هم داریم که اگر فرآیند سوگ بدرستی طی نشود، به سراغ آدمی می‌آید که نیازمند مداخله متخصصان است.

سوگ عارضه‌دار/حل نشده یا اختلال سوگ :

در مواردی که واکنش سوگ طی یک تا دو ماه
تخفیف نمی‌یابد ، شدت علائم طی مدت سوگواری
شدید تر از حدی است که انتظار می‌رود و یا تاخیر
بارزی در بروز علائم سوگ وجود دارد با سوگ
بیمارگونه مواجه هستیم که نیازمند مداخله است .

اختلال سوگ در دسته اختلالات افسردگی قرار می‌گیرد.
فردی که به تازگی سوگوار شده است حالات و افکاری شامل بی‌قراری، احساس پوچی و ملال، خشم و نفرت ناشی از فقدان، بی‌خوابی، کاهش وزن، اختلال در توجه و حافظه، از دست دادن میل به زندگی، نشخوار فکری و اشتغال ذهنی شدید نسبت به فرد متوفی، نپذیرفتن مرگ او، درد روانی شدید، بی‌حسی و کرختی، مقصر دانستن خود در مرگ او، دوری از عواملی که او را به یاد عزیز از دست‌رفته می‌اندازد، تمایل به مرگ برای پیوستن به عزیز از دست‌رفته، بی‌اعتمادی به دیگران، احساس تنهایی، سردرگمی در مورد هویت شخصی و بی‌علاقگی به آینده را تجربه می‌کند.

❖ اختلال سوگ در کودکان

کودکان آسیب پذیرترین قشر در بحران‌ها هستند. برخلاف تصور رایج، احتمال بروز اختلال سوگ کودکان پس از یک سالگی، به ویژه در صورت از دست دادن مراقب اصلی وجود دارد.

نشانگان متفاوتی در اختلال سوگ کودکان نسبت به بزرگسالان مشاهده می‌شود، از جمله می‌توان به توقف و پس‌روی رشدی، اضطراب، رفتارهای تخریبی و پرخاشگرانه و اضطراب جدایی اشاره کرد.

این کودکان اغلب فاقد دلبستگی ایمن بوده و این الگو بر نحوه تعاملات اجتماعی در بزرگسالی نیز تاثیر می‌گذارد.

- مراحل سوگواری

سوگواری کردن، موضوعی جدی است که می‌تواند افراد را برای مدتی طولانی تحت تاثیر خود قرار بدهد. پروفسور الیزابت کوبلر راس، مراحل پنج گانه سوگواری را به خوبی مشخص کرده است که به شرح آنها می‌پردازیم.

این مراحل در انگلیسی به اختصار با **DABDA** مشخص می‌شود.

شوک و انکار (Denial):

به طور طبیعی نخستین واکنش هر فرد نسبت به از دست دادن فرد مورد علاقه، انکار است. مدتی طول می کشد تا فقدان را بپذیرد.

خشم (Anger):

بعد از پذیرش واقعیت بروز هیجانات شدید و خشم همراه با شکایت از خود و دیگران و حتی نظام هستی است.

چانه زنی (Bargaining):

در این مرحله فرد به هرکاری برای نجات و فرار از پیشآمد موقعیت دست می زند.

افسردگی (Depression)

با فروکش کردن هیجان‌ات فرد وارد فاز افسردگی می‌شود. در این مرحله احساس پوچی و از دست رفتن معنای زندگی، بی‌حوصلگی و کندی روانی و مشغولیت ذهنی با خاطرات مثبت و منفی که با فرد از دست رفته را تجربه می‌کند.

پذیرش (Acceptance):

در صورتی که فرد دست به اقدامات سازنده بزند و درمان صورت گیرد، به تدریج بعد از گذشت چند ماه تا نهایتاً یک سال علائم دوره افسردگی از بین می‌رود و فرد به زندگی عادی بازمی‌گردد.

اگر مدت زمان این علائم بیشتر از یک سال پایدار باشد و فرد نتواند این مراحل را به درستی پشت سر بگذارد، ممکن است سال‌ها با این احساسات درگیر باشد و علائم سوگواری طبیعی به اختلال سوگ پایدار و پیچیده یا افسردگی اساسی تبدیل شود.

اگر سوگ به صورت حل نشده باقی بماند و تسکین و درمانی برای فرد داغ‌دیده صورت نگیرد، ممکن است هرگز درمان نشود.

مداخله در خودکشی

خودکشی چیست؟

عملی عمدی است که باعث مرگ فرد می شود. سالانه حدود ۱۰ تا ۲۰ میلیون اقدام به خودکشی ناموفق وجود دارد.

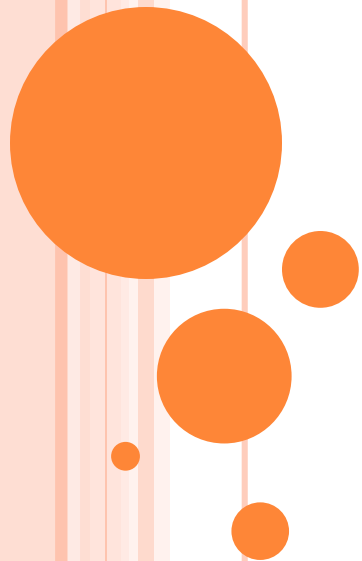
بیماریهای روان، سو مصرف مواد، مشکلات عاطفی، ابتلا به بیماری های صعب العلاج و مواردی از این دست بیشترین دلایل خودکشی هستند.

مداخله در خودکشی:

سلسله اقدامات تخصصی به منظور غربالگری، شناسایی، پیشگیری و پس از اقدام (ناموفق) برای فرد است.

مهمترین ویژگی های خودکشی

- یک راه حل است.
- یک پیام/شیوه ارتباطی است.
- قابل سرایت است.
- نشان دهنده اوج بحران است.



در برخورد با فردی که در اقدام به خودکشی ناموفق بوده است:

□ خانواده فرد را در جریان بگذارید و به آنها توصیه کنید که از سرزنش وی اجتناب کنند،

او را تنها نگذارند و از گفتن جملاتی مانند " این چه احساسی است که تو داری؛ چرا این کار را کردی " اجتناب کنند.

□ علل محتمل خودکشی را مورد بررسی قرار دهید.

□ برای اینکه فرد احساس کند مورد محبت و حمایت است، به نیازهای اساسی فرد (محیط امن)، مسائل ارتباطی (انزوا و گوشه گیری) و شرایط استرس زای محیط زندگی او توجه کنید.

□ بیماریهای روانپزشکی و سوء مصرف مواد را ارزیابی کنید و درمان آن را در اولویت قرار دهید.

□ □ فرد را از این مسئله آگاه کنید که اگر مجدداً افکار خودکشی به ذهنش خطور کرده، بدون شرم و ناراحتی راجع به آن صحبت کند.

برنامه مداخلاتی

برنامه مداخلاتی مدون بر اساس رویکرد "شناختی- رفتاری" است که همزمان سطوح شناختی و باورهای فرد و رفتارهای او را اصلاح می‌کند. کار اولیه بک و همکارانش (۱۹۷۶) درباره درمان اختلالات هیجانی به ویژه افسردگی، چارچوب مداخله در بحران خودکشی را فراهم کرده است. طبق نظریه شناختی، پاسخهای هیجانی و رفتاری افراد به وقایع مختلف را، افکار آنها تعیین می‌کند (بک، ۱۹۷۹). از این رو مدل شناختی، افکار ناسازگارانه را به عنوان عامل مهم رفتار خودکشی می‌داند.

قویترین پیش بینی‌کننده اقدام به خودکشی، تمایل به فرار از هیجان‌ها یا موقعیتهای دردناک بود. در افکاری مثل «من با این کار می‌خواستم از وضعیت وحشتناکی که در ذهنم بود فرار کنم». دامنه این وضعیت وحشتناک ادراک شده می‌تواند از احساسات درماندگی و ناامیدی تا به یادآوردن یک شکست عاطفی یا شکست تحصیلی متغیر باشد.

این درمان شامل مجموعه‌ای خاص از راهبردهای شناختی و رفتاری برای کاهش افکار و رفتارهای خودکشی (اقدامات خودکشی) است.

هدف کلی این درمان، پیشگیری از اقدامات خودکشی، تکانشی، خودآسیب‌گرانه در آینده است. یکی از جنبه‌های منحصر به فرد این مداخله، این است که رفتار خودکشی مستقیماً مورد هدف قرار می‌گیرد، نه اینکه به عنوان عامل ثانویه و معلول یک اختلال روانپزشکی در نظر گرفته شود.

- بین ۱۱ تا ۱۴ جلسه درمان نیاز دارد.
- هر جلسه درمان یا مداخله شامل ارزیابی افکار خودکشی، درماندگی، سوءصرف دارو و مواد مخدر یا الکل (به این دلیل که ممکن است منجر به رفتارهای تکانشی و رفتارهای پرخطر شود)، و عوامل تنش‌زای محیطی فعلی است.
- خانواده و نزدیکان فرد اقدام‌کننده در فرآیند درمان باشند
- اگر اقدام‌کننده نوجوان است، ضرورت دارد والدین در فرآیند درمان باشند.



حرفه‌های یاورانه در نظام سلامت (تشابهات و تمایزات)

روانشناسی/مشاوره/مددکاری اجتماعی

❖ روانشناسی بالینی

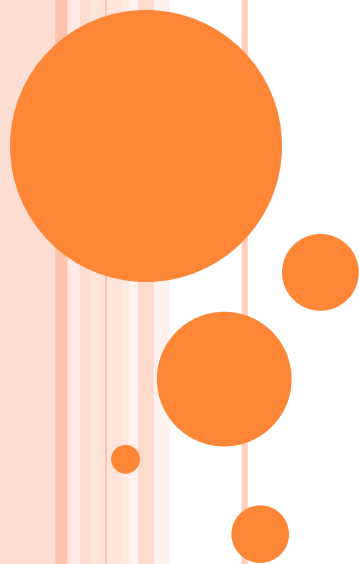
تمرکز روانشناس بالینی بر مطالعه، تشخیص و درمان بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی و سایر مشکلات روان‌شناختی است. کار این درمانگر رفتار معمولی و غیرعادی را در بر می‌گیرد. شاید روانشناس بالینی مشخصا درمان نکند اما آنها با انجام و تفسیر معاینات روان‌شناختی به تشخیص و درمان بیماری‌های سلامت روان کمک می‌کنند.

روانشناسی بالینی ممکن است برای ارزیابی مراجع از چندین استراتژی مختلف استفاده کند.

در واقع درمان بدون در نظر گرفتن روش انتخابی ابتدا به چندین جلسه گفتگو نیاز دارد. سپس درمانگر مداخله روان‌شناختی را بر اساس آنچه ارزیابی‌ها نشان داده پیشنهاد می‌کند.

انواع مداخله روان‌شناختی عبارتند از:

- گفتگو درمانی
- روان‌پویشی بر ذهن ناخودآگاه
- درمان مراجع محور (روش انسان‌گرایانه)



مشاوره

اقدامی حمایتی است که بر پایه علوم روانشناسی انجام می گیرد و هدف آن حمایت از افرادی است که آسیب های روحی و روانی دیده اند و یا در معرض آسیب قرار دارند.

در واقع در مشاوره، با استفاده از علم روانشناسی به افرادی که در شرایط تصمیم گیری و انتخاب قرار دارند، کمک مشورتی، فکری و اطلاعاتی داده می شود تا بهترین تصمیم و انتخاب را در مسیر موفقیت شغلی، خانوادگی و ... داشته باشند.

مشاوران، با استفاده از مهارت های روانکاوی، کلامی و روان شناختی خود، سعی در تقویت عزت نفس، تفکر مثبت، سلامتی روان، تقویت قدرت روحی افراد، دارند و با توجه به تفاوت های فردی و شرایط شخصی افراد، بهترین راهنمایی ها را ارائه می دهند.

❖ مددکاری اجتماعی

مددکاری اجتماعی حرفه‌ای، مبتنی بر علم، هنر، مهارت و هدف تعریف می‌شود که در آن مددکار اجتماعی کمک می‌کند که مددجو (یک فرد یا گروه اجتماعی یا جامعه) مشکل خود را شناخته و به توانایی‌های خود پی ببرد و با استفاده از منابع و امکانات موجود در جهت حل مشکل خود بر آید.

در واقع مددکاری اجتماعی عبارت از مجموعه‌ای متشکل از تدابیر و روانشناسی مشاوره و فعالیت‌های حرفه‌ای است که در قالب نهادها، سازمان‌ها و موسسات رفاهی توانبخشی، اجتماعی، فرهنگی و تربیتی عرضه می‌شود تا با ایجاد تغییر و دگرگونی مناسب در شرایط مادی و معنوی افراد و قشرها جامعه زمینه بهبودی رشد و تعالی آن‌ها را فراهم آورد.

- تفاوت روانشناسی و مشاوره با مددکاری اجتماعی

- کسانی که به مشاور مراجعه می کنند اغلب دارای مشکلات حادی نیستند و آن ها به دنبال راهنمایی و حل این مشکلات هستند که برای همین می توانند به مشاور مراجعه کنند.
- مشاور بیشتر به افراد کمک می کند تا انتخاب های بهتری داشته باشند در صورتی که خدمات روانشناسی مسائل مختلف را دقیق تر و با جزئیات بیشتر ریشه یابی می کند تا به حل آن مشکل پردازد.
- یکی دیگر از تفاوت های روانشناسی و مشاوره این است که مشاوره کمتر به گذشته افراد رجوع می کند و ریشه یابی انجام نمی دهد بلکه برای آینده هدف گذاری می کند.
- مشاوره نمی تواند اختلالات مختلف از قبیل : وسواس ، اضطراب و اعتماد به نفس را درمان کند بلکه این امور را فقط توسط خدمات روانشناسی و خدمات روان پزشکی درمان می شوند.

- مددکاری اجتماعی باتلفیق نگاه های سطح خرد روانشناسی و مشاوره با دیدگاههای سطح میانی و کلان جامعه شناسی، اقدامات و مداخلات خود را انجام می دهد. رویکرد و هدف اصلی این مداخلات، توانمندسازی روانی- اجتماعی و کمک به استقلال مراجع با تقویت مهارت حل مساله در وی است.
- برای هر فردی، مبتنی بر رویکرد فرد-در-محیط مداخلات و اقدامات را طراحی، پیاده و ارزیابی می کند و نقش مراجع در همه این مراحل مشارکت کننده فعال است.
- روانشناسان به بررسی و درمان فرآیندهای روانی و درونی افراد توجه بیشتری دارند، اما مددکاران اجتماعی به بررسی عوامل محیطی و درمان آنها می پردازند. مددکاران اجتماعی و روانشناسان، در محیطهای بیمارستانی عضو یک تیم هستند و جنبه های مختلفی از مشکل یک بیمار را حل می کنند.

به طور کلی می توان گفت:

در رشته روان شناسی بالینی تمرکز عمدتاً بر روی تشخیص اختلالات روانی و درمان آنهاست، در حالی که در رشته مشاوره تمرکز بیشتر در زمینه راهنمایی و مشاوره تحصیلی، راهنمایی و مشاوره شغلی، راهنمایی در زمینه ازدواج، راهنمایی و مشاوره زناشویی و غیره است. با توجه به منابع معتبر می توان نتیجه گرفت که در روان شناسی بالینی و مشاوره تاکید بیشتر بر **ساختار روانی انسان** است و هدف درمانگر عمدتاً درک سیستم شناختی افراد و تغییر نحوه تفکر، احساسات و رفتار آنهاست.

در این دیدگاه اختلالات روانی، عاطفی و رفتاری باید شناخته شود و با اتخاذ سیستم درمانی مناسب این اختلالات رفع گردند.

در حرفه مددکاری اجتماعی انسان به عنوان یک موجود اجتماعی تلقی می شود و هر فرد، مستقل از دیگران نبوده و باید در ارتباط با دیگران و در تعامل با محیط اجتماعی خود مورد بررسی قرار گیرد. از دیدگاه مددکاری اجتماعی، ریشه مشکلات انسانها نه تنها بخاطر عوامل فردی و خانوادگی آنها، بلکه می تواند بدلیل عوامل اجتماعی و در تعامل بین این افراد و محیط اجتماعی شان باشد.

از این رو، هدف مددکاری اجتماعی تغییر در حالات روانی مددجو و نیز تغییر در محیط اجتماعی و موقعیت اجتماعی او

است. از طرفی روان شناسان بالینی و مشاوران نقشی در توسعه منابع اجتماعی ندارند ولی مددکار اجتماعی نه تنها از منابع اجتماعی به منظور حل مشکل انسان ها استفاده می کند، بلکه توسعه منابع اجتماعی را نیز مد نظر دارد.

روان شناسان بالینی و مشاوران در اتاق مصاحبه سعی می کنند تا به حل مشکل مراجعان پردازند و هر تغییری را که مدنظر است همان جا در مراجع ایجاد نمایند و اگر لازم باشد خانواده مراجع را نیز به دفتر خود دعوت می کنند. در حالی که مددکار اجتماعی علاوه بر مصاحبه های متعدد با مددجو، وارد محیط زندگی او هم می شود و به طور مستقیم رفتارها و ارتباطات مددجو و خانواده او را مشاهده و مورد بررسی قرار می دهد و به تشخیص و ارزیابی مشکل می پردازد و در صورتی که لازم باشد تغییر در محیط خانوادگی و اجتماعی مددجو بوجود می آورد.

- مددکاری اجتماعی بیمارستان

بیمارستان‌ها مکانهای فعال و پر سروصدایی هستند که کارکنان بین واحدها دررفت و آمد، پیغام‌گیرها بوق می‌زنند و مراجعان سراسیمه و مضطرب دنبال کار خود هستند. در زمان‌های گیج‌کننده و طاقت‌فرسا، برای خانواده تا مهم است که کسی آگاه باشد و بتواند به آن‌ها کمک کند تا بتوانند احساسات خود را مدیریت کنند و از سیستم پیچیده پزشکی استفاده کنند. مددکاران اجتماعی در همان دفتر کوچک و محقر خود نشسته و منتظر مراجع هستند. در اینجا است که مددکاران اجتماعی پزشکی می‌توانند به‌عنوان مدافع بیماران و خانواده‌ها وارد عمل شوند.

مددکاران اجتماعی بیمارستان به‌طور منظم با بیماران، خانواده آنها و مراقبینی که دارای پویایی‌های پیچیده اجتماعی، روان‌شناختی، خانوادگی و نهادی هستند درگیر می‌شوند. در تعهد خود به تعیین سرنوشت و احترام، مددکاران اجتماعی بیمارستان اطمینان می‌دهند که بیماران، خانواده‌ها و مراقبان آنها به اطلاعات دسترسی داشته و قادر به تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد سلامتی خود هستند.

مددکاران اجتماعی در سطح بسیار ابتدایی به‌عنوان رابط برای بیماران عمل می‌کنند، به‌گونه‌ای که بیمار و خانواده آنها می‌توانند بهتر راه خود را در سیستم مراقبت بهداشتی پیدا کنند و مددکار اجتماعی می‌تواند آگاهی‌دهنده باشد. در همین راستا، مددکاران اجتماعی بیمارستان نقطه اصلی تماس بیماران و خانواده‌های آنها در مورد سیاستها، روش‌ها و خدمات هم در بیمارستان و هم پس از ترخیص هستند.

فراتر از آگاهی بخشی و ارائه اطلاعات به بیماران و خانواده‌های آنها، در شرایط بحرانی مانند مشکلات عاطفی مشاوره فردی می‌دهند. به عنوان مثال، ممکن است یک مددکار اجتماعی بیمارستان پس از اطلاع از اینکه خانواده بیماری دچار مشکلات روان‌شناختی ناشی از بستری بیمار شده است، با خانواده ارتباط می‌گیرد. در این راستا، ممکن است مداخله روان‌شناختی ارائه دهد. پیگیری پس از ترخیص، مانند نیاز به مراقبت در خانه و خدمات توان‌بخشی، مواردی است که مددکار اجتماعی بیمارستان باید به آنها توجه کند.

مددکاران اجتماعی بیمارستان با هدف به حداقل رساندن تأثیرات منفی بیماری و بستری شدن در بیمارستان، خدمات مستقیم به بیماران، خانواده تا و مراقبان آنها (از جمله سایر افراد قابل توجه) ارائه می‌دهند. نقش یک مددکار اجتماعی بیمارستان تقویت عملکرد اجتماعی و عاطفی از طریق مداخلات هدفمند و بسیج خدمات و پشتیبانی است.

مددکاران اجتماعی با درک تأثیرات روان‌شناختی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بر سلامت و رفاه، در بستر محیط و روابط اجتماعی بیمار مداخله می‌کنند. مددکاران اجتماعی در تعهد خود به حقوق بشر و عدالت اجتماعی، از حقوق بیماران و خانواده تا/مراقبان آنها در برابر تبعیض، محرومیت و سوءاستفاده که گاهی می‌توانند تجربه کنند، حمایت می‌کنند.

مددکاران اجتماعی حرفه‌ای در طیف گسترده‌ای از بیمارستان‌ها از جمله دولتی و خصوصی، حاد و تحت حاد، در کل مناطق شهری، منطقه‌ای و روستایی مشغول به کار هستند. آنها با کودکان، بزرگسالان، خانواده تا و جوامع در طیف گسترده‌ای از واحدها و مناطق خاص، از جمله: بخش‌های اورژانس، مراقبتهای ویژه، از جمله نوزادان، اطفال، زنان و زایمان، انکولوژی، کلیه، نورولوژی، تروما، قلبی، سوختگی، خدمات سالمندان، بهداشت روان، توان بخشی، پیوند و ... کار می‌کنند.

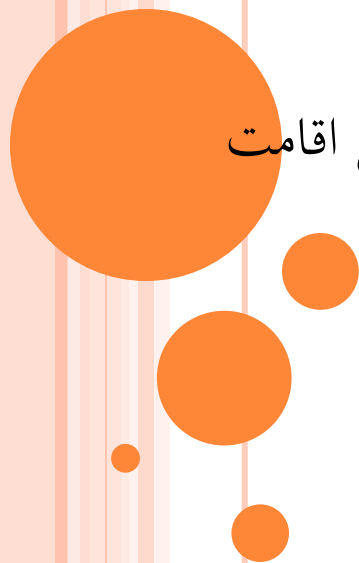
اشاره به برخی از اقدامات ضروری مددکاران اجتماعی بیمارستان:

✓ ارزیابی (Assessment)

ارزیابی‌های روان‌شناختی جامع از بیماران ، خانواده تا ، مراقبان و افراد قابل توجه دیگر

ارزیابی ریسک و مداخلات جامع ، برای کودک آزاری و بی‌توجهی ، خشونت خانوادگی ، سو استفاده جنسی

ارزیابی توسعه ، از جمله پشتیبانی و مشارکت مورد نیاز ، مسکن و محل اقامت برای بیمارانی که از نقاط دورتر به بیمارستان مراجعه می‌کنند.



✓ مشاوره فردی و مداخلات درمانی (Counselling and therapeutic interventions)

مشاوره و مداخلات درمانی هدفمند باهدف کمک به بیماران، خانواده ها و مراقبین جهت پذیرش در بیمارستان

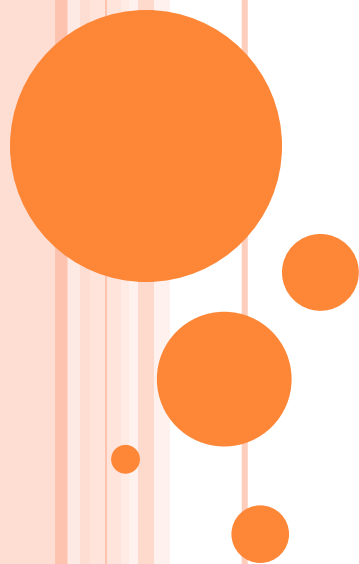
مشاوره و مداخلات درمانی هدفمند به منظور دستیابی به سازگاری با تشخیص ، ضربه روانی ، مشکلات عاطفی و اجتماعی به بیماری و درمان

مشاوره و مداخلات درمانی در زمینه سوگ

میانجیگری و حل تعارض

پشتیبانی مراقب، در رابطه با مراقبت از خود ، سلامتی و رفاه

کار گروهی از جمله آموزش روان شناختی



✓ پای بندی به درمان (Adherence to treatment)

مداخله مددکاری اجتماعی باید کمک به مراجع برای پذیرش شرایط جدید باشد. پذیرش منجر به مدیریت اصولی موقعیت به وجود آمده می شود و قدرت انطباق- پذیری را افزایش می دهد که این امر خود در پایبندی و پیگیری درمان اثرگذار است.

✓ مداخله در بحران (Crisis intervention)

حمایت از افراد آسیب پذیر و در معرض بحران برای پیمایش و انتقال نیازها و خواسته های خود در سیستم بیمارستان

ارائه خدمات به بخش های اورژانس به دلیل تروما منجر به آسیب ناگهانی ضربه یا مرگ و بحران های بزرگ مانند بلایای طبیعی

✓ مقابله با انگ و تبعیض

بیماری های روان و بیماری های رفتاری مانند عفونت اچ آی وی مشابه با سایر بیماری ها فرد را از نظر جسمی و روانی تحت تاثیر قرار می دهد ولی از زاویه دیگری منحصر به فرد هستند زیرا با استیگما و تبعیض پیچیده ای همراه است و نتایج پژوهش های مرتبط نشان داده اند انگ (استیگما) یکی از دلایل بارز عدم پایبندی به درمان، است.

استیگما و تبعیض اثرات روانی را به شدت تشدید می کند. دسترسی به درمان، افشای بیماری، تعاملات اجتماعی و حقوق بیماران تحت الشعاع انگ و تبعیض قرار می گیرد. انگ و تبعیض، در خانواده، اجتماع، محیط های کاری، سیستم های مراقبت سلامت قابل مشاهده است. انگ ناشی از بیماری می تواند بر روی اقدامات پیشگیری کننده (در بیماری هایی چون ایدز مانند استفاده از ابزار پیشگیری کننده در روابط جنسی، مراجعه جهت انجام آزمایش و نیز برنامه های پیشگیری از انتقال عمودی بیماری از مادر به فرزند) یا در فرآیند درمان تاثیر بگذارد.

✓ مدافعه (Advocacy)

حمایت از افراد ، خانواده‌ها و مراقبان برای دفاع از خود یا دفاع از طرف آن‌ها

✓ مدیریت پرونده (case management)

مدیریت پرونده و هماهنگی خدمات در داخل و خارج از خدمات مراقبت‌های بهداشتی

ارجاع به سایر مراکز

اطمینان از ارتباط و درک در مورد مراقبت‌های بعد از بیمارستان در میان اعضای

تیم بیمار ، خانواده ، مراقب و مراقبت‌های بهداشتی

آموزش کارکنان بیمارستان در زمینه روانی و اجتماعی بیمار

ارتقاء ارتباط و همکاری بین اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی

هماهنگی ترخیص بیمار و تداوم برنامه‌ریزی مراقبت

✓ آموزش، منابع و کمک عملی (Education, resourcing and practical assistance)

منابع و پشتیبانی در دستیابی به اطلاعات مناسب و کمک مالی
ارائه آموزش مراقبت از خانواده بیمار در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، نقش اعضای
تیم مراقبت‌های بهداشتی، کمک به بیماران و مراقبان خانواده در برقراری ارتباط با
اعضای تیم‌های مراقبت‌های بهداشتی، درک اطلاعات پزشکی و پیشبرد
برنامه‌ریزی مراقبت

✓ سیاست، طراحی برنامه و تحقیق (Policy, program design and research)

راهنمایی و پشتیبانی از اجرای مدل‌های مراقبت "بیمار محور" در سطح سازمانی
تحقیق و انتشار پژوهش در مجلات معتبر
تدوین پروتکل‌های لازم در زمینه خدمات مددکاری اجتماعی

نحوه اطلاع رسانی به خانواده‌ها در مورد مرگ بیمار و...

۱- پیدا کردن یک مکان آرام

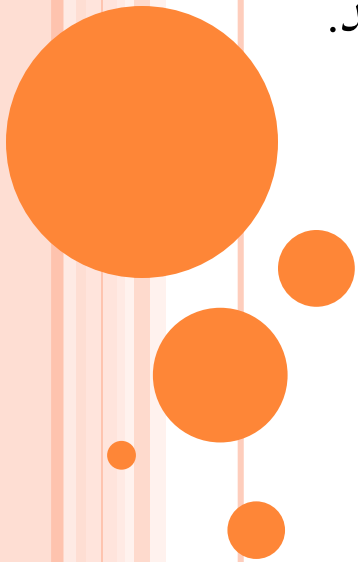
شما هرگز نمی‌دانید که یک فرد با شنیدن خبر فوت یکی از عزیزان چه واکنشی نشان می‌دهد، بنابراین مهم است که تا حد امکان به عزیزان بیمار حریم خصوصی بدهید. اگر می‌توانید، سعی کنید یک اتاق استفاده نشده در این نزدیکی پیدا کنید، تا بتوانید بدون حواس‌پرتی یا مزاحمت توسط یکی دیگر از کارکنان، با خانواده صحبت کنید. پس از رساندن خبر، اجازه دهید اقوام مدتی را در فضا تنها بگذرانند تا در خلوت غمگین شوند.

۲- از تعبیرهای گمراه کننده پرهیزید

ممکن است وسوسه شوید که بگویید شخصی فوت کرده است، اما تعبیرهایی مانند این می‌تواند شما را به دردسر بیندازد. بهتر است با عزیزان بیمار مستقیم باشید و مانند بزرگسالان با آنها رفتار کنید. آنها در بیمارستان هستند و در جایی در اعماق وجودشان می‌دانند که این احتمال وجود دارد که عزیزشان برنگردد. اگر بگویید فردی فوت کرده است، ممکن است اقوام از دست شما عصبانی شوند و خواستار پاسخ مستقیم شوند.

– استفاده از زبان بدن مناسب

هنگام انتشار اخبار بد در بیمارستان، زبان بدن کلیدی است. معمولاً بهتر است با بیمار بنشینید و به چشمان او نگاه کنید و تا حد امکان تماس چشمی خود را حفظ کنید. اگر فرد هنگام شنیدن این خبر ایستاده باشد، ممکن است غش کند یا خشن شود. به جای اینکه با چیزی در جیب خود دست و پنجه نرم کنید یا آنها را روی سینه خود ضربدری کنید، دستان خود را در کنار خود نگه دارید.



۴- بر اساس دانش موجود نسبی (در صورت وجود) عمل کنید.

مرگ هر بیمار وضعیت متفاوتی دارد. اگر بیمار به طور غیرمنتظره بمیرد، خانواده اطلاعات بیشتری می خواهند و داشتن یک پزشک در کنار شما ممکن است مفید باشد.

به طور کلی، صرف نظر از تشخیص، مرگ در بیمارستان در دو شرایط ممکن است رخ دهد. اولاً، شایع‌تر، مرگ مورد انتظار است که بستگان بیمار از ماهیت جدی بیماری آگاه هستند و طبیعتاً مرگ انتظار می‌رود. وضعیت دوم مرگ ناگهانی و غیرمنتظره خواهد بود.

در وهله اول، بستگان از نظر ذهنی برای اخبار غم‌انگیز آماده می‌شوند و پزشکان به راحتی می‌توانند چنین مرگ‌هایی را در زمان وقوع و زمان وقوع آن اعلام کنند. اما وقتی مرگ به طور غیرمنتظره و ناگهانی اتفاق می‌افتد، بستگان به سختی می‌توانند با این خبر بد کنار بیایند. آنها به سختی می‌توانند از دست دادن ناگهانی عزیزشان را باور کنند. در این شرایط اقوام بسیار حساس و از نظر عاطفی شدید خواهند بود. در چنین وضعیتی هرگونه فقدان شفقت و مهربانی از سوی تیم مراقبت‌های بهداشتی ممکن است در واقع واکنش شدید سوگ را ایجاد کند و خشم ممکن است متوجه کارکنان بیمارستان شود. اما اگر بیمار برای مدت طولانی بیمار لاعلاج بود، باید بتوانید از دانش موجود خانواده در مورد وضعیت استفاده کنید.

سعی کنید میزان آگاهی آنها از وضعیت بیمار قبل از مرگ را بسنجید. می‌توانید جزئیات فنی بیشتری را کنار بگذارید و طوری صحبت کنید که همه بتوانند آن را بفهمند. اگر خانواده سؤالی دارند، همیشه می‌توانید جزئیات دقیق‌تری را وارد کنید.

سپاس از همراهی شما

