



معاونت دانشجویی  
مرکز مشاوره دانشگاه



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری  
دفتر مشاوره و سلامت



# مددکاری اجتماعی در سلامت روان

مترجمین:

عفت محمدامینی

مرتضی شیری

دکتر فاطمه جعفری







## مددکاری اجتماعی در سلامت روان

شناسنامه اثر:

مترجمین: عفت محمداמיینی، مرتضی شیرینی، دکتر فاطمه جعفری

ویراستار: فاطمه بهمن

طراحی و گرافیک: مرتضی شیرینی

تیراژ: الکترونیک

نوبت چاپ: چاپ اول

سال انتشار: اسفند ۱۴۰۰

نشانی:

تهران- خیابان ۱۶ آذر- خیابان ادوارد براون- پلاک ۱۵- مرکز مشاوره دانشگاه تهران

تلفن: ۶۶۴۸۰۳۶۶

[/https://counseling.ut.ac.ir](https://counseling.ut.ac.ir)

وبسایت مرکز مشاوره دانشگاه تهران:

[/http://ch.saorg.ir](http://ch.saorg.ir)

وبسایت دفتر مشاوره و سلامت وزارت علوم:

مقدمه:

## فصل اول:

- نگاهی اجمالی به سلامت، سلامت روان و مددکاری اجتماعی..... ۱
- عوامل تأثیرگذار در سلامت روان..... ۵
- باورهای درست و نادرست نسبت به بیماری های روانشناختی ..... ۸
- مددکاری اجتماعی چیست؟ ..... ۱۰
- چرا لازم است مددکاری اجتماعی در حوزه سلامت روان فعالیت کند؟ ..... ۱۲
- نقش های رایج مددکاری اجتماعی در حوزه سلامت روان ..... ۱۴
- دانش، مهارت و توانایی های مورد نیاز مددکار اجتماعی در حوزه سلامت روان ..... ۱۵
- حوزه های فعالیت مددکاری اجتماعی در سلامت روان ..... ۱۷
- هدف مداخله مددکاری اجتماعی در حوزه سلامت روان ..... ۱۷

## فصل دوم:

- ارزیابی روانی- اجتماعی ..... ۲۰
- معنای واژه "روانی- اجتماعی" چیست؟ ..... ۲۹
- ارزیابی روانی- اجتماعی در اختلالات روانی شایع و شدید: ..... ۳۰
- ارزیابی روانی- اجتماعی برای مشکلات کودکان و بزرگسالان ..... ۴۲
- ارزیابی روانی- اجتماعی در خصوص سلامت روان زنان ..... ۴۳
- ارزیابی روانی- اجتماعی ناتوانی: ..... ۴۴
- ارزیابی روانی- اجتماعی بازماندگان حوادث (بلایا): ..... ۴۴
- تشخیص اجتماعی: ..... ۵۰

## فصل سوم:

- ۵۳..... مدیریت و تبعیت دارویی (پایبندی به مصرف دارو):
- ۵۶..... ارزیابی موانع پایبندی به درمان (تبعیت درمانی):
- ۵۶..... راهبردهای ارتقاء تبعیت درمانی
- ۵۹..... رویکرد پایبندی به درمان
- ۶۲..... مداخلات / مدیریت روانی- اجتماعی:
- ۶۸..... آموزش روانی
- ۷۱..... انواع آموزش روانی
- ۷۳..... استیگما چیست؟
- ۷۴..... پیامدهای ناشی از استیگما

## فصل چهارم:

- ۷۸..... مفهوم بهبودی
- ۷۹..... توانبخشی روانی- اجتماعی
- ۸۳..... ارجاع و راهنمایی خدمات بهداشت روان

## فصل پنجم:

- ۸۷..... اصول راهنمای مددکاران اجتماعی در سلامت روان
- ۸۸..... شایستگی‌های اصلی مددکاری اجتماعی در سلامت روان
- ۹۱..... صلاحیت‌های پیشرفته مددکاری اجتماعی در بازیابی سلامت روان
- ۹۳..... شایستگی‌های مددکار اجتماعی بر پایه دیدگاه بهبودی‌محور در مددکاری اجتماعی

## مقدمه:

مطالعه تاریخی حرفه مددکاری اجتماعی نشان می‌دهد حضور مددکاران اجتماعی در حوزه سلامت روان به دوره‌های آغازین توسعه این حرفه باز می‌گردد، به گونه‌ای که سلامت روان یکی از حوزه‌های اصلی فعالیت مددکاران اجتماعی به شمار می‌رود. این روزها، با توجه به شیوع مشکلات روانشناختی نقش مددکاران اجتماعی در حوزه سلامت روان از اهمیت ویژه‌تری برخوردار می‌شود؛ چون هیچ کس بیگانه با استرس و سایر مشکلات روانشناختی نیست؛ به عنوان نمونه برآوردهای سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۸) نشان دهنده آمار قابل توجهی از مشکلات روانشناختی در جهان است؛ برای مثال نزدیک به ۶۰ میلیون انسان در جهان از اختلال دوقطبی رنج می‌برند. ازسویی با وجود تلاش‌های فراوان برای افزایش سواد سلامت روان، کماکان مشکلات روانشناختی همراه با استیگما و تصورات آزار دهنده هستند؛ به عنوان نمونه رسانه‌ها و عموم مردم جرایم خشونت‌آمیز را به افرادی با مشکلات روانشناختی نسبت می‌دهند، و یا در ذهن مردم مشکلات روانشناختی همراه است با تصویر انسانی که به شدت عصبانی، غمگین و یا ناامید است؛ اما واقعیت این است که لازم است خیلی از باورهای نادرست خود را نسبت به مشکلات روانشناختی تغییر دهیم و به این نکته توجه کنیم بیماری روانشناختی اغلب رنجی است که فرد و خانواده‌ی آن را تجربه می‌کنند و داشتن بیماری روانشناختی به این معنی نیست که این گروه از افراد متفاوت از سایر افراد جامعه هستند. به عبارت دیگر بسیاری از ما طی زندگی برخی مشکلات روانشناختی را تجربه می‌کنیم؛ اما آنچه مهم است این است که برای کمک به این افراد و خانواده‌ها لازم است حرفه‌های یاری‌کننده عملکرد حرفه‌ای داشته باشند، این راهنما با هدف ارائه رهنمود برای مددکاران اجتماعی، در مورد انواع مشکلات اختلالات سلامت روان، شناسایی این اختلالات به وسیله درک نشانه‌ها و تصویر بالینی، ابزار ارزیابی و تشخیص و سایر جنبه‌های مرتبط با مداخلات دارویی و روانی اجتماعی و توانبخشی افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی تهیه شده است و امید است زمینه برای دانش‌افزایی و افزایش مهارت برای مددکاران اجتماعی فراهم شود.

**حمید پیروی**

رئیس مرکز مشاوره دانشگاه تهران

# فصل اول: کلیات



## نگاهی اجمالی به سلامت، سلامت روان و مددکاری اجتماعی

سلامت روان شامل سلامت عاطفی، روانشناختی و اجتماعی است، سلامت روان روی اینکه ما چگونه فکر کنیم، احساس کنیم و سایر موارد تاثیر می‌گذارد. سلامت روان همچنین به ما کمک می‌کند یاد بگیریم چگونه استرس‌های خود را مدیریت کنیم، چگونه با دیگران ارتباط برقرار کنیم و چگونه انتخاب کنیم. علاوه بر این سلامت روان در هر مرحله‌ای از زندگی اعم از کودکی، نوجوانی و بزرگسالی بسیار مهم است. در همین راستا سازمان جهانی بهداشت (W.H.O)<sup>۱</sup> سلامتی را وضعیتی کامل از سلامتی جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری و نقص عضو تعریف می‌کند؛ به بیانی دیگر سلامتی، میزان توانایی یک فرد یا گروه است. این توانایی از یک طرف برای تحقق خواسته‌ها و ارضای نیازها و از طرف دیگر ایجاد تغییر و یا سازگاری با محیط می‌باشد. بر پایه سند "دستیابی به سلامتی برای همه" که توسط اداره بهداشت و رفاه کشور کانادا در سال ۱۹۸۶ میلادی منتشر شد، سلامتی به عنوان یک منبع که به افراد، توانایی مدیریت کردن و حتی تغییر دادن محیط‌شان را می‌دهد، یک نیروی بنیادی و پویا در زندگی روزمره است که تحت تأثیر شرایط، عقاید، فرهنگ و محیط اقتصادی، اجتماعی و فیزیکی قرار دارد. این مفهوم فعال از سلامتی، بیش از هر زمان دیگری به عوامل ذهنی و اجتماعی سلامتی اهمیت می‌دهد. همچنین لازم است ما به سلامتی به عنوان چیزی که نه تنها به صورت فردی، بلکه به صورت جمعی تجربه شده است فکر کنیم. سلامت روان نه تنها باید به عنوان ویژگی‌های فردی اشخاص، بلکه بایستی بر اساس ماهیت تعامل افراد با محیط گسترده‌تر درک شود. محیط پیرامون، نه تنها شامل محیط فیزیکی (طبیعی یا مصنوعی)، بلکه شرایط اجتماعی، فرهنگی،

۱ - World health organizatio

نظارتی<sup>۱</sup> و اقتصادی است که زندگی روزمره ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

به طور کلی سلامت روان برای هر فرد، خانواده و اجتماع بسیار مهم است. برای اینکه فرد سالم باشد، نه فقط باید از نظر جسمانی متناسب باشد، بلکه باید از نظر عاطفی و روانی نیز سالم باشد و این برای سلامتی و رشد کلی وی ضروری است.

یک شخص سالم که یک ذهن سالم دارد قادر است:

- روشن و واضح فکر کند
- مشکلات زندگی را حل کند
- به طور مؤثر و مولد کار کند
- از روابط مثبت با دیگران لذت ببرد
- احساس کند به لحاظ روانی در آرامش است (احساس آرامش روانی کند)
- در اجتماع مشارکت داشته باشد.

این‌ها جنبه‌هایی از عملکرد است که به عنوان سلامت روان می‌توان در نظر گرفت. برای اینکه یک شخص سالم باشیم به هر دو بُعد سلامت روانی و جسمانی نیاز داریم که این دو به یکدیگر مرتبط هستند. سلامت روان، انرژی لازم را برای زندگی فعال، دستیابی به اهداف و تعامل با انسان‌ها به صورت عادلانه و محترمانه فراهم می‌کند.

اگرچه عده‌ای سلامت روان را به عنوان نداشتن بیماری یا اختلال روانشناختی تعریف می‌کنند، اما سلامت روان، تنها این موضوع نیست و معنای وسیع‌تری نسبت به آن دارد. اصطلاح رفاه روانی با سلامتی و سلامت روان مترادف است. رایج‌ترین تعریف نقل شده از سلامتی، توسط سازمان جهانی بهداشت بیش از نیم

۱ - Regulatory

قرن پیش اعلام شده است و عبارت است از:

"حالت یا وضعیت کامل سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری

یا ناراحتی"

سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را به عنوان "شرایط آسایش که در آن افراد توانایی‌های‌شان را درک می‌کنند، با استرس‌های معمول زندگی کنار می‌آیند، می‌توانند به طور مولد و ثمربخش فعالیت کنند و قادرند با اجتماع‌شان همکاری و مشارکت داشته باشند" تعریف کرده است.

سلامت روان در زمان‌های گذشته، معمولاً بر ویژگی‌های روانشناختی و رفتاری افراد متمرکز بود تا بر شرایط اجتماع به عنوان یک کل. تقریباً به همین ترتیب، بیشتر خدمات، برنامه‌ها، قوانین و مشاغل مربوط به سلامت روان به سمت اختلالات روانشناختی معطوف بودند. در چنین شرایطی به راحتی می‌توان درک کرد چگونه سلامت روان، صرفاً به عنوان نداشتن علائم روانپزشکی یا عدم اختلال روانی تلقی می‌شد.

سلامت روان، ظرفیت فرد، گروه و محیط برای تعامل با یکدیگر به طریقی است که باعث آسایش ذهنی، رشد بهینه و استفاده از توانایی‌های روانی (شناختی، عاطفی و ارتباطی) می‌شود. دستیابی به اهداف فردی و جمعی به وجود عدالت و همچنین دستیابی و حفظ شرایط برابری بنیادی، بستگی دارد.

سلامت روان شامل زمینه‌های زیر می‌باشد:

- ◀ هماهنگی و انسجام روانی و اجتماعی
- ◀ کیفیت زندگی و رفاه عمومی
- ◀ رشد و خودشکوفایی

🔹 سازگاری فردی موثر

🔹 تأثیرات متقابل فرد، محیط و گروه

## بیماری روانی / اختلالات روانی

بیماری روانشناختی یکی از ناراحت‌کننده‌ترین بیماری‌هایی است که یک فرد می‌تواند در زندگی خود به آن مبتلا شود. شرایط سلامت جمعی، فقط به شرایط جسمانی، عاطفی و معنوی فرد بستگی ندارد، بلکه به سلامت روان او نیز وابسته است. یک اختلال روانشناختی یا بیماری روانشناختی، تغییر در طرز تفکر و احساس افراد است که مانع توانایی آن‌ها در انجام فعالیت‌های روزمره شناختی، رفتاری و عاطفی‌شان می‌شود. اختلالات روانشناختی و رفتاری در هر برهه از زمان در حدود ۱۰ درصد از کل جمعیت بزرگسال را شامل می‌شود. در حدود ۲۰ درصد از کل بیماران روانی که توسط متخصصین مراقبت‌های بهداشتی اولیه ویزیت می‌شوند، یک یا چند اختلال روانی دارند. در سال ۲۰۰۰ میلادی این موضوع، ۱۲ درصد بوده و پیش بینی می‌شود روند افزایش بار اختلالات روانی همچنان ادامه داشته باشد. اختلالات روانشناختی روی افکار، احساسات، رفتارها و خلق فرد تاثیر گذارند. برای برخی از افراد اختلالات روانشناختی مزمن بوده و تا آخر زندگی آن‌ها تداوم می‌یابد. افراد دیگر ممکن است بیشتر اوقات عملکرد خوبی داشته باشند، با این حال دوره‌های مقطعی از بیماری روانشناختی را تجربه کنند که برای آن‌ها و دیگران چالش برانگیز است (سیلویا، میگنون، ۲۰۱۹). مرکزیت کار مددکاران اجتماعی در کار با افراد با مشکلات روانشناختی این است که آن‌ها زندگی خود را به روشی مدیریت کنند، که برای خودشان، خانواده‌هایشان و جامعه‌شان بهتر است.

## چه کسانی تحت تأثیر بیماری روانی هستند؟

دقیقا چه کسانی به بیماری روانی مبتلا می‌شوند؟ بحث‌های زیادی در مورد چگونگی ایجاد بیماری روانی وجود دارد. آیا بیماری روانشناختی بیولوژیکی است؟ آیا زندگی خانوادگی، محیط اجتماعی یا حتی یک آسیب مغزی که منجر به بیماری روانشناختی می‌شود، تعیین‌کننده است؟ آیا ترکیبی از این عوامل تعیین‌کننده است؟ روانپزشک توماس ساسز<sup>۱</sup> بیماری روانی را صرفا به عنوان " مشکلات در زندگی" و نه یک فرایند بیماری توصیف می‌کند (Szasz, ۱۹۶۱). واقعیت این است توضیحات مربوط به بیماری روانی در طول سال‌ها به تکامل خود ادامه داده است. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۸) اخیرا دریافته است مشکلات سلامت روان می‌تواند ناشی از **اشتغال دشوار یا ناکافی، انزوای اجتماعی، مشکلات جسمانی، و یا استعداد ژنتیکی** باشد (سیلیا، ۲۰۱۹)

## عوامل تأثیرگذار در سلامت روان

بر پایه مدل زیستی، روانشناختی و اجتماعی که یکی از مدل‌های مسلط در مددکاری اجتماعی است (رجوع شود به جدول و تصویر ۱)، عواملی که در سلامت روان تأثیرگذار هستند عبارتند از:

✓ عوامل زیستی

به عنوان نمونه کارکردهای مغزی، آسیب‌های ژنتیکی، بهره‌های هوشی و...

✓ عوامل روانشناختی

به عنوان نمونه افرادی که عزت نفس و خودکارآمدی مناسبی دارند از خود کنترلی

۱ - Thomas Szasz

کافی برخوردار بوده و باور دارند که محیطشان را می‌توانند تغییر دهند. این دسته از افراد در مقابله با چالش‌ها، استراتژی‌های سازگاران به کار برده و بهتر با استرس‌های زندگی مواجه می‌شوند. یا افرادی که خودتنظیمی هیجانی دارند، تکالیف مربوط به خود را انجام می‌دهند، توجه کافی به اطراف دارند، خوب گوش می‌کنند و از قواعد پیروی می‌کنند و در وظایف مربوطه؛ به عنوان نمونه وظایف دانشگاهی نتایج بهتری به دست می‌آورند. خودتنظیمی هیجانی به معنی توانایی تشخیص، تحمل و بیان طیفی از عواطف، توانایی بازیابی از چالش‌های عاطفی و بازگشت به تعادل است. یا افرادی که نظام باورهای آن‌ها خشک و غیر قابل انعطاف است و تحریف‌های شناختی دارند سلامت روان آن‌ها بیشتر در معرض خطر است؛ به عنوان نمونه بک اعتقاد دارند افسردگی مربوط به خطاهای شناختی است اعتقاداتی چون بی‌ارزشی خود، جهانی نابرابر و آینده‌ای که به آن امیدی نیست (فرانسیس، ۲۰۱۲: ۲۸).

#### ✓ عوامل اجتماعی

به عنوان نمونه در زمینه عوامل اجتماعی خانواده یکی از فاکتورهای تعیین‌کننده است، الگوهای متعدد در خانواده نشان دهنده این است که کودکان این خانواده‌ها در معرض اختلالات روانشناختی قرار دارند، الگوهایی چون خصومت، تعارض، انزوا، انسجام پایین، درهم‌تنیدگی، نظم و انضباط متناقض و ناکارآمد، فقدان نظارت کافی، و مهم‌تر از همه نوع الگوی دلبستگی که در خانواده وجود دارد. در این میان ترکیب خانوار<sup>۱</sup> هم که شامل اندازه خانواده، فاصله تولد فرزندان و.. مهم می‌باشد. از عوامل مهم دیگر تجربه تروماهای خانوادگی است مانند افرادی که تجربه خشونت دارند. زندگی در یک محله آسیب‌خیز و محروم نیز در چگونگی سلامت روان تأثیر گذار است؛ به عنوان نمونه محله‌ای که مملو از فقر، بیکاری، رفتارهای مجرمانه

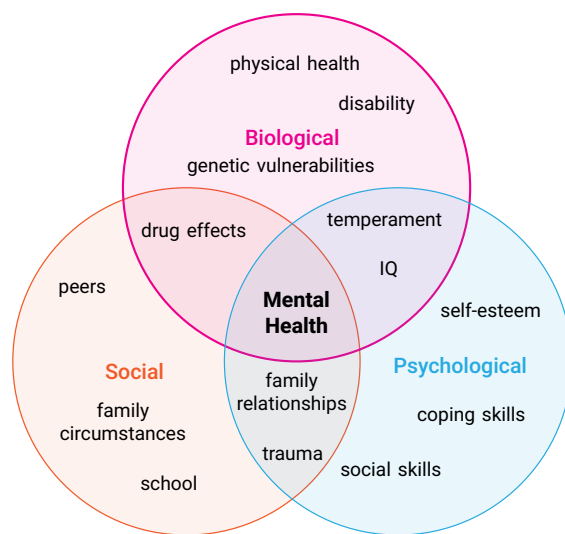
۱ - Household composition

چون خرید و فروش مواد، تراکم جمعیت، و... است (فرانسیس، ۲۰۱۲: ۲۸).

از همین رو مددکاران اجتماعی در فرایند ارزیابی لازم است به تعیین‌کننده‌های بیولوژیکی، روانشناختی و اجتماعی توجه کنند، همچنین موقعیت استرس‌زای فعلی و نحوه سازگاری با آن را نیز در نظر بگیرند. زمانی که مددکار اجتماعی این اطلاعات را به دست می‌آورد می‌تواند موقعیت مراجع را فهم کند و فرضیه‌های خود را در ارتباط با آن توسعه دهد. امروزه مدل زیستی، روانشناختی و اجتماعی یکی از مدل‌های مورد استفاده در مددکاری اجتماعی است.

### جدول شماره ۱: تعیین‌کننده‌های زیستی، روانشناختی و اجتماعی

تعیین‌کننده‌های زیستی	تعیین‌کننده‌های روانشناختی	تعیین‌کننده‌های اجتماعی
وضعیت سلامت جسمانی	باور	فرهنگ
وزن	رفتار	سنت
کارکردهای مغزی	نگرش	آموزش
آسیب‌های ژنتیکی	مهارت‌های سازگاری	فقر
بهره هوشی	عزت نفس	روابط با همسالان
وابستگی به مواد	اعتماد به نفس	رویدادهای زندگی
	روابط خانوادگی	وضعیت مسکن
	خودکارآمدی	خانواده
	خودتنظیمی هیجانی	



تصویر شماره ۱: مدل زیستی، روانشناختی و اجتماعی

## باورهای درست و نادرست نسبت به بیماری‌های روانشناختی

باورهای نادرست متعددی دربارهٔ بیماری روانشناختی در بین افراد جامعه شایع است. بنابراین نیاز است مددکاران اجتماعی با از بین بردن ترس مردم و انتشار دانش و اطلاعات صحیح در مورد بیماری‌های روانشناختی، این مشکلات را به روش مناسبی برطرف کنند.

### جدول شماره ۲: باورهای درست و نادرست نسبت به مشکلات روانشناختی

باور درست	باور نادرست
عوامل زیست شناختی- روانشناختی و اجتماعی در ایجاد بیماری‌های روانشناختی نقش دارند	بیماری روانشناختی از روح شیطانی و یا قدرت ماوراءالطبیعه نشأت گرفته است
بیماری‌های روانشناختی با مشاوره و درمان مناسب، قابل درمان هستند	بیماری‌های روانشناختی، غیرقابل درمان هستند
اراده، تحت تأثیر بیماری روانشناختی فرد قرار می‌گیرد؛ ولی دلیل بیماری روانشناختی نیست.	فقدان اراده باعث بیماری روانشناختی می‌شود.
ازدواج نمی‌تواند بیماری روانشناختی را درمان کند، بلکه می‌تواند به عنوان یک عامل فشار روانشناختی عمل کند.	ازدواج می‌تواند بیماری روانشناختی را درمان کند.
اکثریت افراد دارای بیماری روانشناختی می‌توانند در محیط‌های خارج از بیمارستان یا با استفاده از مراقبت‌های اولیه، درمان شوند. فقط آن‌هایی که مشکلات حاد دارند نیاز به بستری در بیمارستان دارند.	بیماران روانشناختی به بیمارستان‌ها تعلق دارند (بایستی در بیمارستان باشند).
مشکلات سلامت روان، صرف نظر از طبقه و تحصیلات ممکن است برای هر کسی پیش بیاید.	مشکلات سلامت روان فقط در افراد بی‌سواد و فقیر دیده می‌شود.
افراد دارای بیماری روانشناختی، با درمان و نظارت منظم می‌توانند مانند هر فرد عادی زندگی مولد و با کیفیتی داشته باشند.	افراد دارای بیماری روانشناختی هرگز نمی‌توانند مولد بوده و یا مانند افراد عادی کار کنند.



باور نادرست	باور درست
بیماری روانشناختی شبیه بیماری جسمی نیست و بیماری در واقع در ذهن فرد است.	بیماری روانشناختی کاملاً شبیه بیماری جسمی است و هر دو آن‌ها پایهٔ زیست شناختی دارند.
افرادى که بیماری روانشناختی دارند دارای شخصیت ضعیفی هستند؛ چون نمی‌توانند مانند افراد دیگر با محیط خود سازگار شوند.	پیشرفت بیماری روانشناختی هیچ ارتباطی با شخصیت فرد ندارد. بیماری روانشناختی افراد مختلف را با انواع زمینه‌های اعتقادی، اخلاقی و خلقی تحت تأثیر قرار می‌دهد.
فرد با یک بار ابتلا به بیماری روانپزشکی، همیشه بیمار خواهد بود.	یک بیمار روانپزشکی با درمان مناسب می‌تواند با داشتن شرایط و فرصت‌های مناسب در جامعه، به اندازه کافی بهبود یافته و عملکرد خوبی داشته باشد
کودکان از بیماری روانشناختی رنج نمی‌برند.	کودکان هم ممکن است تحت تأثیر بیماری روانشناختی قرار بگیرند.
اختلالات سلامت روان، نتیجهٔ تربیت نامناسب است.	تربیت یا فرزندپروری نامناسب به بیماری روانشناختی منجر نمی‌شود؛ ولی می‌تواند در عود علائم نقش داشته باشد.
بیماری‌های روانشناختی، مسری هستند.	بیماری‌های روانشناختی، مسری نیستند.
اقدام به خودکشی نشانه‌ای از ترسو بودن است	اقدام به خودکشی توسط افرادی که افسرده‌اند صورت می‌گیرد، نه به خاطر اینکه ترسو هستند.
افراد دارای بیماری روانشناختی، خشن و خطرناک هستند.	افراد دارای بیماری روانشناختی، خشن‌تر از افراد عادی نیستند.

در ادامه و در جدول شماره ۳ به برخی از باورهای درست و نادرستی که دانشجویان نسبت به مرکز مشاوره دانشگاه دارند پرداخته می‌شود:

### جدول شماره ۳: باورهای درست و نادرست دانشجویان نسبت به مرکز مشاوره

باور نادرست	باور درست
مرکز مشاورهٔ دانشگاه اطلاعات دانشجویان را به سایر واحدهای دانشگاه انتقال می‌دهد.	حقیقت این است که کارکنان مرکز مشاوره دانشگاه متعهد به اصول رازداری حرفه‌ای بوده و اطلاعات دانشجویان به صورت محرمانه باقی می‌ماند.

<p>حقیقت این است کارکنان مرکز مشاوره دانشگاه متعهد به اصول رازداری حرفه‌ای بوده و اطلاعات دانشجویان به صورت محرمانه باقی می‌ماند، مگر در مواردی که دانشجو در معرض آسیب جدی باشد و عدم اطلاع خانواده منجر به خطر جانی برای دانشجو شود.</p>	<p>مرکز مشاوره دانشگاه اطلاعات دانشجویان را به خانواده‌ها انتقال می‌دهد.</p>
<p>مرکز مشاوره دانشگاه نیروهای حرفه‌ای را برای ارائه خدمات حرفه‌ای به کار می‌گیرد، تا زمینه برای ارتقا سلامت روان دانشجویان فراهم شود.</p>	<p>مرکز مشاوره دانشگاه از افراد غیرحرفه‌ای برای کمک‌رسانی بهره می‌گیرد.</p>
<p>کمک گرفتن از دیگران نشانه قدرت است، و کمک گرفتن به هنگام و به موقع نه تنها از شدید شدن مشکل پیشگیری می‌کند، بلکه منجر به ارتقا شاخص‌های سلامت روان در دانشجویان می‌شود.</p>	<p>دانشجویانی که به مرکز مشاوره برای دریافت خدمات مراجعه می‌کنند، آدم‌های ضعیفی هستند و هر کسی می‌تواند خودش مشکل خود را حل کند.</p>

## مددکاری اجتماعی چیست؟

"حرفه مددکاری اجتماعی باعث ایجاد تغییر، رفع مشکل در روابط انسانی، توانمندسازی و آزادی<sup>۱</sup> افراد برای ارتقاء رفاه و بهزیستی می‌شود. با بهره‌گیری از نظریات رفتار انسان و سیستم‌های اجتماعی، مددکاری اجتماعی در زمانی که افراد با محیط خود در تعامل هستند مداخله می‌کند. اصول حقوق بشر و عدالت اجتماعی برای مددکاری اجتماعی، بسیار ضروری است." ( فدراسیون بین المللی مددکاری اجتماعی- ۲۰۰۱م) <sup>۲</sup> هدف مددکاری اجتماعی، حل مسئله، توانمندسازی و تغییر اجتماعی در جایی است که افراد با محیطشان تعامل برقرار می‌کنند. (پین، ۲۰۰۶)<sup>۳</sup>. بر طبق آخرین تعریف از مددکاری اجتماعی که توسط فدراسیون

۱ - Liberation

۲ - international federation of social work, ۲۰۰۱

۳ - payne, 2006

بین المللی مددکاران اجتماعی در سال ۲۰۱۴ ارائه شده است، مددکاری اجتماعی عبارت است از:

«مددکاری اجتماعی یک حرفه کاربردی و رشته تحصیلی دانشگاهی است که توسعه و تغییر اجتماعی، انسجام اجتماعی و توانمندسازی و آزادسازی افراد را تسهیل می‌کند. اصول عدالت اجتماعی، حقوق بشر، مسئولیت جمعی و احترام به تفاوت‌ها (diversities) در مددکاری اجتماعی اساسی هستند. مددکاری اجتماعی، با تکیه بر علوم اجتماعی، علوم انسانی و دانش بومی، افراد و ساختارها را در مقابله با چالش‌های زندگی و ارتقاء رفاه و بهزیستی درگیر می‌کند.»

### مددکاران اجتماعی چه کسانی هستند؟

مددکاران اجتماعی به طور ویژه آموزش می‌بینند، تا بتوانند به ارزیابی افراد و محیطی که آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد بپردازند، تا خدمات ضروری و مداخلات لازم را انجام دهند. از سویی مددکاران اجتماعی برای ارتقا رفاه عمومی افراد تلاش می‌کنند، تا فرصت‌های مثبتی برای آن‌ها ایجاد کنند. همچنین مددکاران اجتماعی از منابع مختلفی استفاده می‌کنند، تا بتوانند افراد را به خدمات موجود در جامعه پیوند بدهند، به نحوی که آن‌ها بر چالش‌های زندگی غلبه کنند. مددکاران اجتماعی در حوزه‌های اختصاصی سلامت روان و یا سایر حوزه‌های عمومی نقش‌های مختلفی دارند که شامل موارد زیر است:

- ④ مددکاری اجتماعی پزشکی Medical Social Work
- ④ مددکاری اجتماعی بیمارستان Hospital Social Work
- ④ مددکاری اجتماعی آنکولوژی Oncology social work
- ④ مددکاری اجتماعی زندان Correctional Social Work

- ◀ مددکاری اجتماعی سالمندی Geriatric Social Work
- ◀ مددکاری اجتماعی دیالیز Dialysis social work
- ◀ مددکاری اجتماعی مدرسه School Social Work
- ◀ مددکاری اجتماعی بالینی Clinical Social Work
- ◀ مددکاری اجتماعی توانبخشی Rehabilitation Social Work
- ◀ مددکاری اجتماعی خانواده Family Social work
- ◀ مددکاری اجتماعی بحران Crisis social work

## چرا لازم است مددکاری اجتماعی در حوزه سلامت روان فعالیت کند؟

مددکاری اجتماعی حرفه‌ای است که بر بهبود سلامت و رفاه اجتماعی افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و جوامع تمرکز می‌کند. مددکاران اجتماعی به کرامت و حق همه انسان‌ها در دستیابی به عدالت اجتماعی اعتقاد دارند. مددکاران اجتماعی برای ارزیابی، حل، پیشگیری یا کاهش تأثیر مسائل روانی-اجتماعی و مسائل مرتبط با سلامت جسمی و روانی، با افراد کار می‌کنند. مددکاران اجتماعی زمانی که در حوزه سلامت روان فعالیت می‌کنند با ارزیابی از مشکلات روانشناختی به این نتیجه می‌رسند که آیا تغییر باید در سطح فردی رخ داده و یا سایر حوزه‌ها را نیز باید در برگیرد، چنین رویکرد سیستمی مددکاران اجتماعی را از سایر حرفه‌های یاورانه در حوزه سلامت روان متمایز می‌کند؛ چون مددکاران اجتماعی مبتنی بر رویکرد سیستمی به ارزیابی سیستم‌های خرد، میانی و کلانی می‌پردازند که در وضعیت فعلی دانشجو تأثیر گذار بوده است. از سویی مددکاران اجتماعی افراد حرفه‌ای هستند که برای افزایش کیفیت زندگی و رفاه افراد تلاش می‌کنند. از

جمله راه‌های آن‌ها برای خدمات رسانی عبارت است از:

- ♦ ارائه خدمات مستقیم
- ♦ مداخله در بحران
- ♦ پژوهش و تحقیق
- ♦ فعالیت های اجتماع محور
- ♦ مدافعه
- ♦ برنامه های آموزشی و ...

مددکاران اجتماعی برای مراقبت های اولیه کاملاً مناسب هستند؛ زیرا مراقبت‌های اولیه شامل موارد زیر است:

- ♦ مشارکت عمومی
- ♦ دسترسی پذیری خدمات
- ♦ فناوری مناسب
- ♦ همکاری بین رشته‌ای
- ♦ ارتقاء سلامت

مداخلات مددکاری اجتماعی باید مشخصاً فردمحور و خانواده‌محور بوده و بر موارد زیر متمرکز باشد:

- ♦ آموزش بیمار
- ♦ فعال‌سازی رفتاری
- ♦ آرام‌سازی / کاهش استرس
- ♦ تقویت راهبردهای عمومی سازگاری
- ♦ هماهنگی مراقبت / مدیریت مراقبت
- ♦ گوش دادن حمایتی

- ♦ حل مسئله / هدف‌گذاری
- ♦ مدیریت درد
- ♦ سلامت رفتاری یکپارچه
- ♦ تاکید بر توانمندسازی بیمار / خودمراقبتی
- ♦ توجه به عوامل اجتماعی سلامت
- ♦ مراقبت تیم‌محور
- ♦ مدافعه
- ♦ افزایش میزان استقلال
- ♦ برنامه‌ی مراقبت فردی
- ♦ ارتقاء کرامت، حرمت، حق انتخاب و عزت نفس مراجع

## نقش‌های رایج مددکاری اجتماعی در حوزه سلامت روان

برخی از نقش‌ها، وظایف معمول و مهمی که مددکاران اجتماعی در مراکز سلامت روانی محلی ایفا می‌کنند، عبارت است از:

- ◀ آموزش پیشگیری در طیف وسیعی از موضوعات (غربالگری افسردگی، بهداشت، خواب، خودمراقبتی، کاهش استرس و غیره)؛
- ◀ ارزیابی عملکرد و فعالیت با هدف اصلاح عملکرد و با استفاده از مصاحبه‌ی انگیزشی؛
- ◀ آموزش مهارت‌های مبتنی بر شواهد به بیماران؛
- ◀ تأکید بر مهارت‌های خودیاری؛
- ◀ ارائه آموزش در زمینه داروها و حمایت به منظور تداوم مصرف (پایبندی به مصرف دارو)؛
- ◀ به روز بودن اطلاعات درباره‌ی طرح‌های رفاهی و قانونی برای اقشار مختلف جامعه؛

۱ - منظور از آموزش مهارت‌های مبتنی بر شواهد، این است که مهارت‌های آموزش داده شده به بیمار، بر حسب شواهد علمی، بهترین مهارت‌های ممکن برای وی بوده است.

آگاهی دربارهٔ گردهمایی‌های محلی، اردوها، رویدادهای اجتماعی، برنامه‌های توزیع منابع؛ توانایی تصمیم‌گیری سریع و دقیق در موارد بحران، پیشنهاد مناسب‌ترین سرویس ارجاع و اقدام در موارد ضروری؛

تفکر انتقادی، توانایی ارزیابی نیازهای مراجع، تأثیر مداخلات، نیازها و مسائل مرتبط با اعضای خانواده.

توانایی برنامه‌ریزی و سازماندهی فعالیت‌ها، گزارش‌نویسی یا مستندسازی

## دانش، مهارت و توانایی‌های مورد نیاز مددکار اجتماعی در حوزه سلامت روان

دانش، مهارت و توانایی‌های مورد نیاز مددکار اجتماعی عبارتند از:

دانش عمومی دربارهٔ رفتار و رشد طبیعی و غیرطبیعی انسان؛  
دانش عمومی دربارهٔ مداخلات درمانی شناخته شده مانند اصلاح رفتار، روان درمانی فردی، گروهی و خانوادگی، آموزش روانی‌جنسی، مداخلات سوء مصرف مواد و استفاده از داروهای روانپزشکی؛

مهارت در حفظ و گسترش ارتباط درمانی با افراد دارای بیماری روانی؛  
مهارت برقراری ارتباط با بیماران و خانواده‌هایی که ممکن است دچار آشفتگی باشند؛  
مهارت در انجام و آموزش روش‌های درمانی فردی، گروهی و خانوادگی؛  
مهارت آموزش به بیمار و خانواده دربارهٔ جوانب مختلف بیماری روانی؛  
مهارت مصاحبه برای جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز برای تشخیص نیازهای افراد و خانواده‌هایشان؛

مهارت در آماده کردن توصیف و گزارش کیس (مورد) به صورت شفاف و مختصر؛  
مهارت عملکرد به عنوان مدافع بیمار برای اطمینان از ارائهٔ خدمات اجتماعی مناسب

که می‌تواند شامل کار با مؤسسات دولتی و محلی و سازمان‌های اجتماعی برای هماهنگی خدمات باشد؛ توانایی حفظ روابط کاری مؤثر با کارکنان مؤسسات حرفه‌ای و پیرا حرفه‌ای و متخصصین بخش‌های خصوصی و دولتی؛

- ✓ توانایی درک سیستم‌های سازمانی و نحوه کار در آن‌ها به نفع بیمار؛
- ✓ توانایی ارزیابی سطح خطر بیماران و احتمال رفتارهای انفجاری<sup>۱</sup>
- ✓ توانایی ایجاد و حفظ روابط کاری مؤثر با طیف وسیعی از نمایندگان مؤسسات اجتماعی؛
- ✓ توانایی کار به عنوان عضوی از تیم درمان.

## مسئولیت‌های اخلاقی مددکاران اجتماعی

مددکاران اجتماعی همچنین برخی مسئولیت‌های اخلاقی مهم نسبت به مراجعینشان دارند:

- ♦ تعهد نسبت به خود تصمیم‌گیری مراجعین
- ♦ رضایت آگاهانه
- ♦ کفایت و صلاحیت
- ♦ صلاحیت فرهنگی و تفاوت اجتماعی
- ♦ تضاد منافع
- ♦ حریم خصوصی و رازداری
- ♦ پیروی از استانداردهای اخلاقی و حرفه‌ای مرتبط با مددجویان (مراجعین)
- ♦ تصمیم‌گیری مسئولانه
- ♦ پایان دادن به خدمات

۱ - Explosive



## حوزه‌های فعالیت مددکاری اجتماعی در سلامت روان

بر حسب سازمانی که مددکار اجتماعی در آن فعالیت می‌کند، خدمات وی شامل یکی از موارد زیر است:

- ◆ خدمات مستقیم Direct services
- ◆ ارزیابی، مداخله، درمان و حمایت افراد، خانواده‌ها و یا دیگر مراقبین آنها و یا پیشگیری از بروز مشکلات روانشناختی در آنها؛
- ◆ ارزیابی سلامت روان و یا دیگر ارزیابی‌های مرتبط؛ مشاوره سوگ، فقدان و محرومیت؛
- ◆ مداخله در بحران؛
- ◆ مدیریت مورد/هماهنگی مورد Case management/case coordination
- ◆ هماهنگی‌های درون‌سازمانی و برون‌سازمانی برای فراهم کردن طیف مختلفی از خدمات برای افرادی که به این خدمات متفاوت نیاز دارند؛
- ◆ حمایت از افراد در تمام طول فرایند از پذیرش گرفته تا اتمام دوره خدمات؛
- ◆ کمک به حل و فصل مشکلات حقوقی و اجتماعی افراد؛
- ◆ مدافعه در جهت دسترسی افراد به خدمات سلامت روان به ویژه برای افرادی که آسیب پذیرتر هستند.

## هدف مداخله مددکاری اجتماعی در حوزه سلامت روان

- ④ ایجاد یک رابطه مشارکتی<sup>۱</sup> با مراجعین
- ④ فهم نقاط قوت، آرزوها و فرصت‌های مراجعین
- ④ پاسخ‌دهی به نقاط قوت منحصربه‌فرد، ترجیحات، نگرانی‌ها و ارزش‌های اشخاص
- ④ ارتقا قدرت تصمیم‌گیری مراجعین منطبق با ارزش‌ها، نیازها و شرایط مراجعین

۱ - collaborative relationships

- ◀ نشان دادن تدبیر و همدلی در ارتباط با افراد و پاسخ‌دهی به آن‌ها
- ◀ به چالش کشیدن نگرش‌هایی که استیگما و نگاه منفی را به بیماری‌های روانشناختی افزایش می‌دهد، بدیهی است این نگرش‌ها هم در سطح جامعه وجود دارد و هم در برخی زمان‌ها در سازمان‌های ارائه دهنده خدمات نیز ممکن است چنین نگرش‌های منفی وجود داشته باشد.
- ◀ ارتقا نقش تعیین‌کنندگی مراجعین، عزت نفس و رفاه کلی آن‌ها
- ◀ به کارگیری زبانی "مراجع محور" و خوش‌بینانه که امید را تقویت می‌کند
- ◀ توجه به تأثیر عوامل مختلف در وضعیت فرد از جمله عوامل فرهنگی، عوامل خانوادگی و ... (پولا و فرانسیس، ۲۰۱۴).

# فصل دوم:

## ارزیابی روانی-اجتماعی

## ارزیابی روانی - اجتماعی

یک توصیه برای مددکاران اجتماعی این است که در هر حوزه‌ای که فعالیت می‌کنند، ارزیابی‌های اجتماعی و روانی آن‌ها بر پایه رویکرد منظر قدرت باشد. رویکرد منظر قدرت یکی از رویکردهای بسیار مفید در حوزه سلامت روان است. در این رویکرد یک تغییر نگاه از تمرکز روی "نقاط ضعف" روی "نقاط قوت" مراجع صورت می‌گیرد؛ یعنی به جای اینکه مددکار اجتماعی تنها روی نقاط ضعف تمرکز کند، روی نقاط قوت مراجع متمرکز می‌شود، با این هدف که زمینه برای توانمندسازی افراد براساس "حقوق بشر" و "عدالت اجتماعی" فراهم شود.

رویکرد منظر قدرت متمرکز بر قدرت ذاتی افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و سازمان‌هاست و هدفش این است که توانایی‌هایی شخصی افراد را توسعه دهد تا زمینه برای توانمندسازی و بهبود آن‌ها فراهم شود. فعالیت‌های مبتنی بر قدرت (Strengths-based practices) جایگزین شیوه‌های سنتی کار با افراد، گروه‌ها و سازمان‌هاست. SBPs از زبان ناتوان‌کننده، برچسب‌زنی و استیگمازایی در ارتباط با افراد دارای مشکلات روانشناختی خودداری می‌کند. رویکرد منظر قدرت، توصیف‌ها و آسیب‌های شناختی نسبت داده شده به افراد، گروه‌ها و خانواده‌ها را که باعث ناامیدی و ناتوانی آن‌ها می‌شود را به شدت مورد چالش قرار می‌دهد. واقعیت آن است که همه افراد دارای نقاط قوت هستند، همه ما دارای نقاط قوت، توانایی‌ها، تجربه‌ها و دانشی هستیم که به ما در زندگی کمک می‌کند، همه ما افرادی را در اطراف خودمان داریم که به مثابه یک شبکه حمایتی برای ما عمل می‌کنند. رویکرد منظر قدرت به افراد این امکان را می‌دهد تا توانایی‌های خود را شناخته، اهداف خود را تعیین کرده و بر اساس آن با حفظ استقلال خویش زندگی خود را بسازند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فعالیت بر پایه رویکرد منظر

قدرت توانایی افراد، اعتماد به نفس و عزت نفس آن‌ها را افزایش می‌دهد به گونه‌ای که آن‌ها می‌توانند مستقلانه و به تنهایی فعالیت‌های روزانه خود را انجام دهند (پولا و فرانسیس، ۲۰۱۴). سلیبی<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) عنوان می‌کند افراد منابع وسیعی از نظر عاطفی، جسمانی، شناختی، بین فردی، اجتماعی و معنوی دارند که اغلب برای آن‌ها ناشناخته است و یا از آن بهره‌ای نمی‌برند. افرادی که برای دریافت کمک نزد مددکاران اجتماعی می‌آیند اغلب چیزی فراتر از مشکلات‌شان هستند، آن‌ها دارای توانایی‌ها و منابعی هستند که حتی اگر به آن‌ها اجازه شکوفا شدن نداده، به آن‌ها اجازه زنده ماندن داده است. دیدگاه منظر قدرت ریشه در نظریه‌های اکوسیستمی و توانمندسازی دارد و از فلسفه انسان‌گرایی تأثیر می‌گیرد.

### هفت اصل هسته‌ای رویکرد منظر قدرت عبارت است از:

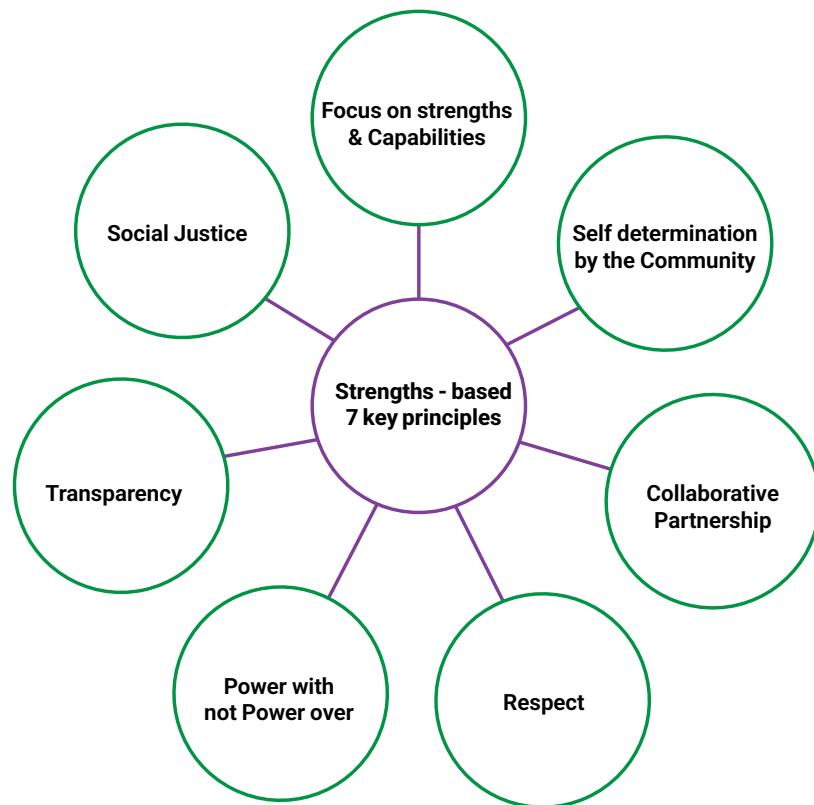
۱. همه مردم نقاط قوت و توانایی‌هایی دارند که می‌توانند بر اساس آن یادگیری، رشد و تغییر را ادامه دهند.
۲. تمرکز مداخله بر نقاط قوت و آرزوهای افراد است.
۳. اجتماع و یا محیط اجتماعی فضایی مملو از منابع دیده می‌شود.
۴. ارائه‌دهندگان خدمات<sup>۲</sup> با مراجعین مشارکت می‌کنند.
۵. مداخلات بر اساس خودتعیین‌گری مراجعین است.
۶. به توانمند شدن افراد تعهد وجود دارد.
۷. مشکلات صرفاً بر اساس شرایط فردی دیده نمی‌شوند، بلکه مشکل در ارتباط بین افراد، سازمان‌ها و ساختارها دیده می‌شود.

۱ - Saleebey

۲ - Service provider

در قلب رویکرد منظر قدرت اصول عدالت اجتماعی، قدرت با، احترام و حق مالکیت خود مراجع بر فرایند تغییر قرار دارد. بنابراین اولین راهنما برای مددکار اجتماعی این است که نقاط قوت را در مراجع تشخیص دهد. این مهم زمانی اهمیت می‌یابد که به این نکته توجه کنیم اغلب زمانی که افراد به مددکار اجتماعی مراجعه می‌کنند مشکل به قدری آن‌ها را فرا گرفته است که ممکن است آن‌ها بینش لازم نسبت به منابع خود از دست داده باشند؛ به عنوان نمونه اگر فرد یک شبکه حمایتی قوی دارد، باید به او یادآوری شود که این یک عامل مهم و حیاتی برای دستیابی وی به سازگاری است، حتی می‌توان مداخله را یک قدم جلوتر برد و از مراجعین درباره منابعی سوال کرد که به آن‌ها برای توسعه چنین نقاط قوتی کمک کرده است؛ به عنوان نمونه: «چرا دوستان‌تان دوست دارند کنار شما باشند؟» همچنین مددکاران اجتماعی باید به توانایی مراجعین در سایر زمینه‌ها نیز آگاه باشند؛ برای مثال:

- ◆ توانایی افراد در زمینه شغلی مانند مهارت‌های سازمانی، جرأت‌ورزی، توانایی حل مسأله؛
- ◆ سرگرمی‌ها و توانایی‌های هنری و ورزشی مانند باغبانی، کارهای دستی، صنایع دستی، و نیز معاشرت با دوستان؛



مددکاران اجتماعی که رویکرد منظر قدرت را به کار می‌گیرند، ارزیابی‌های روانی- اجتماعی آن‌ها نیز بر پایه مفروضات اصلی رویکرد منظر قدرت است، در ادامه نمونه‌ای از ارزیابی که توأمان مشکلات و نقاط قوت را می‌بیند ارائه می‌شود؛ یعنی ارزیابی‌ای که مبتنی بر نقاط قوت است:

نقاط قوت و منابع	خطرات و مشکلات	حوزه کارکرد
آنچه کمک‌کننده و مفید بوده است	تاریخچه درمان‌های قبلی	تاریخچه درمان
ارزیابی جسمانی، روانشناختی، اجتماعی، معنوی و محیطی	نقاط عطف رشد	تاریخچه شخصی
چگونه فرد سازگار شده است؟ چگونه در آن زمان توانسته است دوام بیاورد؟	تاریخچه پزشکی	
چه اتفاقی باید بیفتد تا فرد در امان باشد	رژیم غذایی و ورزش	
	آزار جسمانی، روانشناختی و عاطفی	

دوره‌هایی که فرد مصرف نکرده است یا کمتر مصرف کرده است؟	الگوهای مصرف: شروع مصرف، تکرار و مقدار مواد مصرفی	تاریخچه مصرف مواد
مزایا و معایب مصرف برای فرد چیست؟	مواد/عادات انتخابی: پیامدهای روانشناختی، اجتماعی و جسمانی	
اگر شما در گذشته افکار خودکشی داشته‌اید برای مدیریت آن چه کردید؟ اگر واقعا سخت به نظر می‌رسید شما چطور آن را مدیریت می‌کردید؟ شما چطور از بدتر شدن اوضاع جلوگیری می‌کردید؟ شما نیاز دارید چه چیزی اتفاق بیفتد تا اوضاع بهتر شود؟	اقدامات قبلی درباره خودکشی و اقدامات فعلی خودکشی	خطر خودکشی
روابط حمایتی	توصیف روابط خانوادگی، تاریخچه بیماری‌های جسمانی و روانشناختی در خانواده	تاریخچه خانواده
اثرات قومی و فرهنگی مشارکت اجتماعی فعالیت‌های معنوی و مذهبی خانواده سایر حمایت‌های اجتماعی حمایت همسایگان و دوستان	تاریخچه قانونی خطر همسایگان روابط مشکل‌ساز	مشارکت اجتماعی
دستاوردها، مهارت‌ها و علایق	تاریخچه آموزش تاریخچه اشتغال	اشتغال و آموزش
آینده بدون مشکل شما می‌خواهید از درمان چه چیزی به دست آورید؟ زندگی چطور به نظر می‌رسد وقتی درمان خوب پیش می‌رود؟	اهداف	اهداف

Graybeal ; ۲۰۰۲, sources: Bertolino & O'Hanlon , ۲۰۰۱. کتاب خوب اول



## تعیین نقاط قوت در مراجعین

ما چگونه می‌توانیم نقاط قوت را در مراجع تشخیص دهیم زمانی که او در موقعیتی رنج‌آور و حوادث منفی زندگی قرار گرفته است و اساساً در سازگاری مشکل دارد؟ پیشنهاد این است شما در این زمان بر عوامل محافظتی فرد تکیه کنید و هدف، دیدن آینده در میان همه این مشکلات است. سلیبی (۲۰۰۲) به مددکاران اجتماعی پیشنهاد می‌کند که: "به داستان مراجع گوش کنید، به جای آن که بر پروتکل‌های ارزیابی متمرکز شوید. داستان‌ها و روایت‌ها اغلب در درون موضوعات و ویژگی‌های خود شواهدی از نقاط قوت، علایق، امیدها و چشم‌اندازها را دارند. طبق نظر سلیبی (۲۰۰۶) تقریباً هر چیزی تحت شرایط خاص می‌تواند به عنوان یک توانایی در نظر گرفته شود، بنابراین لازم است ما شرایطی را که این منابع امکان ظهور پیدا می‌کنند، ارزیابی کنیم (پولا و فرانسیس، ۲۰۱۴).

ارزیابی مبتنی بر نقاط قوت به طور پیوسته از طریق همکاری و مشارکت بین مراجع و مددکار اجتماعی به روز می‌شود. ارزیابی مبتنی بر رویکرد منظر قدرت هم فرایند و هم محصول است. این ارزیابی فرایند است زیرا از طریق ارزیابی مددکاران اجتماعی می‌توانند به مراجعین کمک کنند تا موقعیت‌هایشان را تعریف کرده و عواملی را که بر موقعیت آن‌ها تأثیر می‌گذارد، ارزیابی کرده و به آن‌ها معنا بدهند. فرایند ارزیابی به مراجعین کمک می‌کند که داستان‌هایشان را مطابق با واقعیت منحصر به فرد ساخته شده اجتماعی خود بیان کنند، بنابراین این فرایند چند علتی، تعاملی و به طور پیوسته در حال تغییر است. این که چگونه مراجعین موقعیت‌های دشوار را تعریف می‌کنند، چگونه عوامل پویا مرتبط به آن را ارزیابی می‌کنند و به آن معنا می‌دهند، زمینه و محتوا را برای طول مدت رابطه یاورانه تعیین می‌کند.

در رویکرد ارزیابی مبتنی بر نقاط قوت آن چه مردم دربارهٔ خودشان، دیگران و دنیا آموخته‌اند اهمیت پیدا می‌کند، از آن جایی که یادگیری از موفقیت‌ها و مشکلات حاصل می‌شود، اشتباهات و ناامیدی‌ها نیز اهمیت پیدا می‌کند. بنابراین این پرسش که مراجعین چگونه توانسته‌اند با مشکلات جدی روبه‌رو شوند و از آن جان سالم به در برند، اطلاعات مفیدی را در ساختن آینده آن‌ها فراهم می‌کند. بررسی ادبیات نشان می‌دهد که بحث می‌تواند با هدف جمع‌آوری اطلاعات پیرامون ویژگی‌های شخصی، صفات و فضائلی که افراد دارند، شروع شود. برخی زمان‌ها افراد طی تروما و گریه‌های خود، منابع درونی خود را کشف می‌کنند و از منابعی که می‌شناخته‌اند و از منابع جدیدی که به تازگی آن‌ها را کشف کرده‌اند، استفاده می‌کنند.

در پاسخ به حوادث طبیعی و بلایای دست‌ساخت بشر افراد و گروه‌ها با این چالش روبه‌رو هستند: "حالا چه، بعد چه". هر فردی طیف گسترده‌ای از تجربه‌ها، نقش‌ها و ویژگی‌هایی دارد که به آن چیزی که او هست کمک می‌کند. برای یادگیری و دانستن دربارهٔ آن‌ها، ما نیاز داریم در یک رابطهٔ مشارکتی با مراجعین‌مان باشیم. از آن جایی که مراجعین در زندگی خود متخصص هستند و دربارهٔ نقاط قوت و منابع خود آگاهی‌هایی دارند، پرسش‌های ذیل کمک‌کننده است:

- ➔ مراجعین در مورد دنیای اطراف خود چه می‌دانند؟ این دانش از کجا می‌آید؟ از تجارب زندگی‌شان؟ از کتاب‌های‌شان؟
- ➔ مراجعین چه استعدادهایی دارند؟ چه نقش‌ها و داستان‌های فرهنگی و شخصی دارند؟
- ➔ احساس غرور آن‌ها از چه می‌آید؟
- ➔ چه سنت‌ها، آداب و رسوم خانوادگی و ترکیبی از نقاط قوت را می‌توان در آن‌ها رعایت کرد؟
- ➔ از معنویت آن‌ها چه بدانیم؟ بدون تردید این‌ها به امیدها و رویاهای فرد مرتبط است که با کمک آن‌ها می‌توان بازیابی و احیا را انجام داد.

با درگیر شدن در یک رابطه مشارکتی، برای مددکاران اجتماعی فرصتی فراهم می‌شود که با چارچوب مرجع مراجع سازگار شوند. چنین رویکرد همدلانه‌ای مددکاران اجتماعی را وادار می‌کند تا به تجربه‌ها و واقعیت‌های مراجع باور داشته باشند. این فرایند همچنین بیانگر این است که افراد دارای یک دانش درونی هستند که برای تعریف موقعیت آن‌ها لازم است. این دانش هم شامل چالش‌ها و هم راهکارهای احتمالی است. این دیدگاه توانایی انسان را برای انعطاف‌پذیری نشان می‌دهد.

منطبق بر رویکرد منظر قدرت، مددکاران اجتماعی باید نگرش‌ها و باورهای اولیه خود را درباره مراجع بازنگری کنند، و به مراجعین از منظری متفاوت نگاه کنند. کشف اهداف، آرزوها، رویاها و انگیزه‌های مراجعین، ساختاری را برای روابط مددکاران اجتماعی با آن‌ها فراهم می‌کند. پرسش‌هایی مانند "مراجع چه می‌خواهد و چه انتظاری از خدمات دارد" و "مراجع می‌خواهد در رابطه با وضعیت مشکل فعلی‌اش چه اتفاقی بیفتد؟" به ما کمک می‌کند تا اهداف مراجع و تفسیر او از راهکار موفقیت‌آمیز را روشن کنیم. ارزیابی بر اساس نقاط قوت راهکارهایی در رابطه با موقعیت‌های دشوار ارائه می‌دهد که این راهکارها به صورت معمول متکی بر نقاط قوت مراجع هستند. در واقع پیشنهاد این است مراجع، قلب رابطه کمکی دیده شود. همچنین نیاز است ارزیابی ما از منابع و نقاط قوت چند بعدی بوده و نقاط قوت داخلی و خارجی را در نظر بگیریم. منابع قوت درونی مانند مهارت‌های بین فردی، انگیزه، نقاط قوت عاطفی، ظرفیت‌های شناختی و منابع قوت بیرونی مانند افراد مهم حمایت‌کننده، شبکه‌های خانوادگی، سازمان‌های اجتماعی و... همچنین بر پایه رویکرد منظر قدرت، زبانی که با آن صحبت می‌کنیم باید زبان نقاط قوت باشد، و برای این منظور سه گام زیر پیشنهاد می‌شود:

۱. پرهیز از سرزنش کردن: سرزنش کردن راه به جایی نمی‌برد، فقط انگیزه برای حل موقعیت را از بین می‌برد و درماندگی فرد را افزایش می‌دهد.
۲. پرهیز از روابط علت و معلولی: زیرا ارزیابی بر پایه روابط علت و معلولی ابعاد و پیچیدگی‌های واقعیت‌های مراجع را در نظر نمی‌گیرند.
۳. پرهیز از تشخیص: تشخیص در زمینه آسیب‌شناسی، انحراف و نقص، درک می‌شود.

### ارزیابی روانی - اجتماعی در شرایط مختلف سلامت روان:

رشد و پیشرفت بشر از طریق برآوردن نیازهای زیستی و روانی-اجتماعی صورت می‌گیرد. نیازهای زیستی به معنای رشد و توسعه جسمانی است، در حالی که نیازهای روانی-اجتماعی، نیازهای ذهنی یا روانی یک فرد هستند که شامل احساس تعلق، عشق، علاقه، امنیت و عزت نفس می‌شود که به طور هم‌زمان به رشد شخصیت فرد کمک می‌کند. این بخش رهنمون‌هایی برای ارزیابی روانی-اجتماعی مشکلات و اختلالات سلامت روان دارد و شامل موضوعات زیر است:

- ارزیابی روانی- اجتماعی افراد مبتلا به اختلالات روانی شایع و شدید
- ارزیابی روانی- اجتماعی سلامت روان بازماندگان حوادث (بلایا):
- ارزیابی روانی- اجتماعی مشکلات کودکان و نوجوانان
- ارزیابی روانی- اجتماعی سلامت روان زنان
- ارزیابی روانی- اجتماعی سلامت روان افراد سالمند
- ارزیابی روانی- اجتماعی سلامت روان گروه‌های خاص
- ارزیابی روانی- اجتماعی سلامت روان افراد دارای کم‌توانی

## معنای واژه "روانی-اجتماعی" چیست؟

واژه روانی-اجتماعی نشان می‌دهد نیازهای روانی یک بُعد اجتماعی دارد. این بُعد شامل محیطی است که منابع را برای برآورده کردن نیازهای مختلف و تقاضای محیط از فرد فراهم می‌کند. رشد شخصیت به وسیله بُعد اجتماعی، تعیین شده و تحت تأثیر قرار می‌گیرد. جامعه‌پذیری عامل اساسی درک پدیده پیچیده یک شخصیت در حال رشد است. درک و فهم تأثیر متقابل عوامل روانی-اجتماعی که در پیشرفت ساختار پیچیده رشد شخصیت بزرگسالان تاثیرگذار است، ضروری می‌باشد. بنابراین نقش عوامل و مؤسسات اجتماعی مختلف در محیط، یک نقش حیاتی در فرایند تشخیص و درمان هر وضعیت مربوط به سلامت روان و یا آسیب‌شناسی روانی ایفا می‌کند.

نظریه روانی-اجتماعی عنوان می‌کند فرد و محیط زندگی‌اش با هم عجین شده‌اند. تغییر در یک سیستم، باعث ایجاد تغییر در سیستم‌های دیگر می‌شود. به عبارت دیگر، رفتار فرد، محصول نیروهای روانی-اجتماعی و عوامل اجتماعی است. مشکلات فرد تنها به خاطر نیروهای روانی و عوامل اجتماعی شروع نمی‌شود، بلکه از طریق ترکیب هر دو عامل شروع می‌شود؛ بنابراین سیاست مداخله باید هر دو عامل را مورد توجه قرار دهد.

### تاریخچه اجتماعی مراجع:

مددکار اجتماعی یا مددکار اجتماعی فردی، تشخیص می‌دهد که تاریخچه اجتماعی در تفسیر فعلی مراجع از وقایع گذشته و احساس فعلی او نقش دارد. وجود حوادث گذشته یا احساسات فعلی، برای درک حقایق و تناسب حمایت مورد نیاز، اهمیت دارد. تاریخچه اجتماعی یک بخش جدایی‌ناپذیر از تشخیص و درمان است که شامل جمع‌آوری اطلاعات گسترده و فراگیر از منابع مختلف می‌باشد.

تشخیص، شامل تلاشی برای ساختن الگوهای مفهومی است که نیازها و تجارب زندگی مراجع را تفسیر و مشخص می‌سازد. این تجارب شامل افکار، احساسات، اهداف و آرزوهایی است که با نمایش مشکل اجتماعی او همراه است. این‌ها کمیت و کیفیت کمکی که وی نیاز دارد و می‌تواند استفاده کند را تعیین می‌کند. درک و فهمی که از تشخیص اجتماعی به دست می‌آید، بیش از داده‌های عینی و روابط متقابل آنهاست. این امر شامل وضعیت ذهنی مراجع است که واقعیت‌ها در این لحظه و این شرایط خاص چه معنایی دارد؟

### ارزیابی روانی - اجتماعی در اختلالات روانی شایع و شدید:

ارزیابی روانی- اجتماعی یک سنجش از سلامت روان و رفاه اجتماعی است، همچنین شامل ارزیابی درک فرد از خود و توانایی وی برای عملکرد اجتماعی است. این امر به طور معمول شامل مجموعه پرسش‌هایی است که توسط مددکار اجتماعی جهت ارزیابی حوزه‌های متعدد و به منظور درک فرد پرسیده می‌شود. هدف ارزیابی روانی- اجتماعی، درک مراجع به منظور کمک به فراهم کردن بهترین مراقبت ممکن و همچنین کسب سلامت مطلوب است. قبل از انجام ارزیابی روانی- اجتماعی، باید بدانیم که بیماری روانی شدید چه معنایی می‌دهد.

بیماری روانی شدید، معمولاً به بیماری‌هایی که روان‌پریشی (جنون) در آن اتفاق می‌افتد اشاره دارد. روان‌پریشی فقدان تجارب واقعی یک فرد را توصیف می‌کند، به طوری که امکان مشاهده و پاسخ مناسب فرد به جهانی که در آن زندگی می‌کند را متوقف می‌سازد. اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی، دو نمونه از بیماری روانی است که در این بخش مورد بررسی قرار می‌گیرد. سایر بیماری‌های روانی شامل اختلال اسکیزو افکتیو، افسردگی اساسی و اختلالات شخصیت می‌شود.

دلایل قطعی بیماری‌های روانی، شناخته شده نیستند. ممکن است در برخی از افراد یک آسیب‌پذیری ژنتیکی وجود داشته باشد که می‌تواند توسط عوامل محیطی و عاطفی شروع شده و نمود پیدا کند. بسیاری از افراد که بیماری روانی شدید را تجربه می‌کنند، می‌توانند بهبود یافته و زندگی معنادار و رضایت‌بخشی داشته باشند. در واقع درمان و حمایتی که تمام نیازهای یک فرد را مشخص می‌کند برای افزایش میزان بهبودی، لازم است. این موضوع شامل درمان‌های دارویی و غیردارویی؛ اشتغال، شبکه‌های ارتباط اجتماعی و استقلال مالی می‌شود.

وجود یک دوره از سایکوز (روان پریشی)، فرد را به طور معمول از دیگران جدا می‌کند و روابط با همسالان را به هم می‌زند. رشد فردی و اجتماعی فرد متوقف شده و یا ممکن است به عقب برگردد. اختلال در عملکرد تحصیلی و شغلی، با احتمال آسیب به چشم‌انداز شغلی آینده و در نتیجه ناامنی مالی همراه خواهد بود. روان‌پریشی می‌تواند باعث ایجاد روابط تنش‌زا در خانواده و افزایش عوارض روانی در بین اعضای خانواده شود. علاوه بر این سوء مصرف مواد ممکن است شروع شده و یا تشدید یابد و همچنین خطر خودکشی افزایش پیدا کند. هرچه بیماری مدت بیشتری بدون درمان رها شود، خطر کاهش شدید و حتی توقف رشد روانی- اجتماعی فرد بیشتر می‌شود.

ارزیابی مددکاری اجتماعی در سلامت روان به فرایند گسترش درک مشترک با مراجع، موقعیت وی و نقاط ضعف و قوت مرتبط با آن اشاره دارد. ارزیابی جامع، ارزیابی زیستی، روانی و اجتماعی است که جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی مراجع و موقعیتش را مورد توجه قرار می‌دهد. این جنبه‌ها شامل نقاط ضعف و قوت در عملکرد اجتماعی، تأمین نیازهای مالی و دیگر نیازهای اساسی، تعاملات خانوادگی، روابط مهم و سایر حمایت‌های اجتماعی و عوامل فرهنگی می‌شود. مددکار اجتماعی به رویکردی مثبت و بدون قضاوت، اشتیاق به صحبت راجع به موضوعات

حساس، مهارت برقراری ارتباط موثر و آگاهی از زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی برای ارائه مراقبت روانی و اجتماعی مناسب به افراد با اختلالات روانشناختی نیاز دارد.

### تاریخچه روانی-اجتماعی:

تاریخچه روانی-اجتماعی در درک حقایق و دلایل مربوط به وقایع و احساسات فعلی که به عنوان نتیجه تجارب زندگی فرد است، کمک می‌کند. اطلاعات جمع‌آوری شده به شناسایی عوامل خطر، عوامل حمایتی و همچنین نقاط قوت و منابع در دسترس برای مراجع کمک خواهد کرد. تاریخچه روانی-اجتماعی در ابعاد زیر ارزیابی میشود که در ادامه به تفصیل به آن اشاره می‌شود:

تاریخچه رشدی و اوایل دوران کودکی	سابقه سوء مصرف الکل و مواد
شرایط زندگی فعلی	ارزیابی خطر خودکشی
رفاه اقتصادی - اجتماعی	سابقه قانونی
پایگاه اقتصادی-اجتماعی	ارزیابی معنوی
سابقه تحصیلی	ارزیابی فرهنگی
سابقه شغلی	وقایع زندگی
مهارت‌های سازگاری	سابقه ازدواج
سیستم حمایتی	ارزیابی خانوادگی
ارزیابی نقاط قوت	ارزیابی اجتماعی

### تاریخچه رشدی و اوایل دوران کودکی

مراحل رشدی، مجموعه‌ای از مهارت‌های عملی یا وظایف خاص سن هستند که بیشتر کودکان در یک محدوده سنی مشخص می‌توانند انجام دهند. تاریخچه رشدی، درباره منشأ رفتارها بینش میدهد و به تشخیص و مدیریت، ارزیابی حرکت‌های عمده، مهارت‌های حرکتی مناسب، مهارت‌های زبانی، مهارت‌های تفکر



و تعامل اجتماعی کمک می‌کند.

بررسی اولیه ابتدا بایستی شامل تاریخ و محل تولد باشد و شرایط خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و عاطفی را در زمان بارداری و تولد، از جمله سلامتی و رابطه زناشویی والدین توصیف کند. آیا حاملگی با خواست قبلی بوده؟ آیا تولد کامل و طبیعی بوده؟ وزن کودک هنگام تولد چقدر بوده؟ از پستان یا شیشه تغذیه شده است؟ آیا نوزاد به طور طبیعی تغذیه شده و وزن اضافه کرده؟ آیا او سالم بوده؟ به موضوع سن در این موارد توجه کنید: راه رفتن، حرف زدن، از شیر گرفتن و آموزش رفتن به توالت، کسب اطلاع راجع به شکل‌گیری عادات به ویژه شب‌اداری، کابوس شبانه، راه رفتن در خواب، ناخن جویدن، مکیدن انگشت و لکنت زبان، و هرگونه سابقه شکایت از درد معده و روده، سردرد یا ناخوشی و اختلالات روان‌تنی. به دست آوردن اطلاعات راجع به مشکلات شخصی که در دوره بلوغ و نوجوانی تجربه شده، از نظر روابط اجتماعی در مدرسه، هنگام بازی، قهرمان‌پرستی، روابط بین فردی، گرایش به ارتباط با جنس مخالف یا موافق، نگرش‌های مذهبی و جنسی، نشخوارها (افکار تکرارشونده) فلسفی، وسواس فکری عملی و یا فوبیا.

### وضعیت زندگی فعلی

برای ارزیابی شرایط زندگی فعلی سوال‌های زیر لازم است پرسیده شوند:

- ♦ فرد با چه کسی زندگی می‌کند؟ (همسر، فرزندان، والدین، دوستان، خویشاوندان)
- ♦ آیا در یک خانه یا آپارتمان زندگی می‌کند؟ محله زندگی چگونه است؟
- ♦ آیا مسکن شخصی دارد یا اجاره‌نشین است؟ آیا او مسئول نگهداری و حفظ آن است؟
- ♦ آیا اخیراً تغییری در هریک از این عوامل ایجاد شده است؟

## رفاه اجتماعی- اقتصادی

وضعیت اقتصادی- اجتماعی را می‌توان با مقیاس‌های کمی مشخص مانند مقیاس شاخص ثروت ارزیابی کرد.

ارزیابی بر اساس حوزه‌هایی مانند نوع خانه، منبع روشنایی، سرویس بهداشتی، سوخت اصلی برای پخت‌وپز، منبع آب آشامیدنی، آشپزخانه، مالکیت خانه، مالکیت زمین کشاورزی، مالکیت آبیاری زمین، مالکیت دام، مالکیت کالاهای بادوام (مانند یخچال، مبل، کمد و...) انجام می‌شود.

## سابقه تحصیلی

بررسی سابقه تحصیلی مراجع، ضروری است. آیا والدین، فرزندشان را برای آموزش رسمی آماده کرده‌اند؟ به خاطر علاقه یا عدم علاقه وی نسبت به مدرسه، والدین درباره تحصیل وی با مشکل مواجه شده‌اند؟ بالاترین درجه تحصیلی که به پایان رسانده کدام است؟ کجا به مدرسه رفته است؟ به چه مدرسه‌ای رفته است؟ ارزیابی موقعیت‌های تحصیلی و فعالیت‌های فوق برنامه، نحوه عملکرد فرد در محل کار و مدرسه می‌تواند سرنخ‌های مفیدی را برای تصویر سلامت روان وی فراهم کند.

## سابقه شغلی

سابقه شغلی در محیط‌های شهری و روستایی متفاوت خواهد بود. در این زمینه نیاز به ثبت کاری که فرد برای گذران زندگی انجام می‌دهد/ یا وضعیت شغلی فعلی فرد، لازم است. وقتی که فردی شروع به کار کردن می‌کند، رضایت شغلی، ارتباط با سرپرست و همکاران، ترفیع، محیط کار، تغییر در شغل برای پیشرفت چه از نظر درآمد و چه از نظر رضایت شغلی مهم خواهد بود. در مناطق روستایی، بررسی درباره وسیله معاش فرد و فعالیت‌های درآمدزای وی، نظم و بهره‌وری، رابطه با

کارفرمایان، سایر مزرعه‌داران مفید است.

### سابقه جنسی

در این زمینه اطلاعاتی راجع به رابطه جنسی (اولین تجربه جنسی، دانش و منبع اطلاعات جنسی، فانتزی جنسی، عادات خودارضایی، همجنس‌گرایی، دگرجنس‌گرایی، تجربه منفی و سوء استفاده جنسی در صورت وجود) کسب میشود.

### سابقه ازدواج

در سابقه ازدواج، نیاز به ارزیابی سن ازدواج، تمایل به ازدواج (ازدواج اجباری یا حق انتخاب در ازدواج)، ازدواج فامیلی، سن همسر، ویژگی‌های شخصیتی همسر، انتظار از ازدواج، رابطه و سازگاری با همسر، رضایت جنسی، فعالیت‌های اوقات فراغت، تولد اولین فرزند و تأثیر آن بر زندگی زناشویی، پویایی‌های روابط زناشویی، رهبری، ارتباطات، نقش‌آفرینی، نگرانی‌ها، اطمینان خاطرها، الگوهای مدیریت استرس، حل تعارض و حمایت اجتماعی خواهد بود.

### مهارت‌های سازگاری

مهارت‌ها و تکنیک‌های موجود سازگاری مراجع ارزیابی می‌شوند. همچنین توصیف نحوه مقابله بیمار با موقعیت‌های استرس‌زا، توانایی مراجع برای مشخص کردن موقعیت‌های دشوار و ایجاد تغییرات مثبت برای حل آن‌ها نیز مورد واکاوی قرار می‌گیرند. برای ارزیابی مکانیزم‌های سازگاری، این سوالات را میتوان پرسید:

- ◀ مراجع معمولاً چگونه با استرس کنار می‌آید (سازگار می‌شود)؟
- ◀ چه چیزی در گذشته به او کمک کرده و چه چیزی کمکش نکرده است؟
- ◀ میزان سازگاری مراجع در حال حاضر چقدر است؟
- ◀ تکنیک‌های به کار گرفته شده مراجع برای غلبه بر مشکلات چیست؟

🔹 مکانیزم‌های سازگاری که ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت، هنگام مدیریت تغییرات و استرس‌های زندگی استفاده می‌کنند، کدامند؟

### سیستم حمایت اجتماعی

امکان‌پذیر بودن و در دسترس بودن سیستم‌های حمایتی اولیه، ثانویه و ملی، نوع حمایت‌ها- اطلاعاتی، عاطفی و مادی و حمایت اجتماعی که توسط خانواده و دوستان، شناخته شده هم می‌تواند ارزیابی شود.

ارزیابی نقاط قوت:

ارزیابی نقاط قوت بر روی استعدادها، تواناییها، منابع و نقاط قوت فرد متمرکز است. آیا فرد، دارای نقاط قوت خانوادگی و بین فردی است؟ آیا فرد نگاه خوش‌بینانه قوی و پایدار به زندگی خود دارد؟

### سابقه مصرف الکل و مواد مخدر

سابقه مصرف الکل و مواد مخدر، میزان مصرف، فراوانی و دوره مصرف بررسی میشود.

### سابقه قانونی

درگیری فرد با سیستم قانونی، سابقه مشکلات قانونی، مشکلات جدی قانونی فعلی یا پیش رو که وی را در معرض حبس و زندان قرار می‌دهد دارد؟

### ارزیابی معنوی

در ارزیابی معنوی باید به سابقه مذهبی فرد توجه شود. به علاوه میزان مشارکت با جامعه مذهبی و هر نوع فعالیت مذهبی باید مورد ارزیابی قرار گیرد.

## ارزیابی فرهنگی

در ارزیابی فرهنگی بایستی موارد مهم راجع به سابقه فرهنگی و قومی مراجع ذکر شود. برای درمانگر، فهم و درک کامل از هر فرهنگ غیرممکن است؛ اما یک ارزیابی فرهنگی مناسب به درمانگر برای درک عقاید، ارزشها و فعالیتهای فرهنگی مراجع کمک خواهد کرد. همچنین معنای بیماری از نظر فرهنگ خاص مراجع، نیاز به بررسی دارد. مراجع چگونه در درون فرهنگ سنتی‌اش جای گرفته است؟

## شناسایی تغییرات اخیر زندگی و عوامل استرس‌زا / وقایع زندگی

وقایع اخیر زندگی و عوامل استرس‌زایی که فرد و خانواده‌اش را تحت تأثیر قرار داده بایستی شناسایی شود. وقایع مهم استرس‌زای زندگی در یک بازه زمانی خاص، معمولاً در یک سال اخیر باید ارزیابی شوند. نمونه‌هایی از وقایع شامل: ازدواج، تولد فرزند، تغییر شغل، تغییر محل سکونت، مرگ یکی از عزیزان، از دست دادن شغل، طلاق، دوری از خانواده، مهاجرت و درگیری قضائی و قانونی می‌باشد.

## ارزیابی خطر

ارزیابی خطر یک بخش جدایی‌ناپذیر از هر مشاهده یا ارزیابی بالینی است. ضمن ارزیابی عوامل خطر، مؤلفه‌های زیر باید مشخص شوند:

- ◆ سابقه اقدام به خودکشی
- ◆ بیماری مهم جسمانی و روانی، به ویژه همراه با درد مزمن و اختلالات سیستم اعصاب مرکزی
- ◆ اختلالات روانشناختی به ویژه اختلالات خلقی، اسکیزوفرنیا، اختلالات اضطرابی (مانند اختلال استرس پس از حادثه) و اختلالات سوء مصرف الکل و سایر مواد، اختلالات شخصیت (مانند اختلال شخصیت مرزی، ضد اجتماعی، وسواس جبری)
- ◆ گرایش‌های تکانشی و یا پرخاش‌گرایانه

- ◆ سابقهٔ تروما یا سوء استفاده
- ◆ سابقهٔ خودکشی در خانواده
- ◆ سابقهٔ خانوادگی آشفته (مانند متارکه یا طلاق، تغییر سرپرست، تغییر در شرایط زندگی یا محل سکونت، زندانی شدن)
- ◆ فقدان حمایت اجتماعی و انزوا
- ◆ آشنایی و دسترسی آسان به ابزار کشنده (مانند اسلحه، دارو یا مواد غیرقانونی، داروهای پزشکی)
- ◆ مشکلات قانونی / برخورد با نیروی انتظامی / حبس
- ◆ موانع دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی، به ویژه بهداشت روان و درمان سوء مصرف مواد

یک ارزیابی خطر خودکشی کامل، بایستی موارد زیر را بررسی کند:

- ◆ سطح پریشانی / اضطراب،
- ◆ سطح انگیزه،
- ◆ افکار فعلی خودکشی،
- ◆ سابقهٔ اقدام به خودکشی،
- ◆ قصد اقدام / میزان کشنده بودن اقدام،
- ◆ نقشهٔ خودکشی،
- ◆ دسترسی به ابزار و اطلاعات،
- ◆ امنیت افراد دیگر

## ارزیابی خانواده

ارزیابی خانواده به نیازهای تک تک اعضای خانواده به عنوان یک کل توجه دارد. یک عامل متمایزکننده ارزیابی خانواده این است که به روابط بین فردی خانواده و این که این روابط چگونه بر روی افراد در خانواده تأثیر می‌گذارد، توجه دارد. محیط خانوادگی بر تمام جنبه‌های رشد و بهزیستی فرد تأثیر می‌گذارد. اطلاعات زیر بایستی در زمینه‌های مربوط مدنظر قرار گیرد:

### شجره خانوادگی

- ♦ شجره خانوادگی سه نسل (شجره‌نامه یک نقشه خانوادگی یا تاریخچه‌ای است که از نمادهای خاص برای توصیف روابط، اتفاقات مهم و پویایی‌های خانواده در چند نسل استفاده میکند)
- ♦ اطلاعات عمومی مثل اسامی و تاریخ تولدها
- ♦ جهت گیری خانواده (ترکیب والدین، خواهر و برادرها)
- ♦ سابقه قومی‌نژادی و خاستگاه خانواده
- ♦ سن مرگ و دلیل فوت هر یک از اعضای خانواده
- ♦ وضعیت سلامتی خانواده
- ♦ ویژگی‌های شخصیت والدین
- ♦ تعامل بین اعضای خانواده (والدین، خواهر و برادرها، همسر و غیره)

### چرخه زندگی خانواده

چرخه زندگی خانواده یک سری از مراحل است که در طی آن، جریان و سیر اغلب خانواده‌ها با ویژگی‌های مختلف و در طی مراحل مختلف تعریف می‌شود. این ویژگی‌ها با وضعیت تأهل، اندازه خانواده، مشخصات سنی اعضای خانواده (با تمرکز بر سن بزرگ‌ترین و کوچک‌ترین فرزند، وضعیت شغلی سرپرست خانواده،

میزان درآمد و درآمد خالص) مرتبط هستند.

### تاریخچه خانواده

تاریخچه خانواده مهم است؛ زیرا بسیاری از بیماریهای روانشناختی، جنبه وراثتی دارد. هر سابقه بیماری روانشناختی در خانواده مراجع بایستی ثبت شود.

### پویایی‌های خانواده

خانواده میتواند به عنوان یک سیستم پویا، با گذر زمان، با تغییر اعضا، تغییر و رشد افراد، تغییر روابط و زمینه خانوادگی، تغییر کند. ارزیابی پویایی‌های خانواده را میتوان در زمینه‌های مربوط انجام داد: مرزها، رهبری، ارتباطات، انسجام، ایفای نقش، نقاط قوت، الگوهای مدیریت استرس و حمایت اجتماعی و احساسات ابرازشده.

بنابراین در یک خانواده، خوشبختی وجود دارد اگر آنها سلامت بوده و موارد زیر وجود داشته باشد:

- ◆ وجود انسجام، تفاوت آشکار بین نسل‌ها، استقلال فردی،
- ◆ رابطه خوب بین اعضا (والدین، فرزندان، خواهر و برادرها)،
- ◆ ثبات و سازگاری ساختاری،
- ◆ اعضای خانواده صلاحیت کافی برای حل مسئله و تصمیم‌گیری، میانجیگری و حل تعارض و مدیریت خانواده را دارند.
- ◆ ارزیابی اجتماعی



## ارزیابی نیازهای متداول روانی- اجتماعی در سطوح زیر:

### در سطح فردی:

- ◀ ناتوانی فردی: خودمراقبتی، فعالیت‌های روزمره زندگی، سطوح فعالیت
- ◀ عملکرد اجتماعی: مشارکت در جمع‌های اجتماعی، وظایف، ارتباط و تعامل با دیگران
- ◀ عملکرد شغلی: فعالیت درآمدزا، مسئولیت‌های مربوط به فعالیت‌های خانوادگی و سرپرستی، مشکلات مالی، نظم در کار
- ◀ نقش‌های اجتماعی: توانایی انجام نقش‌های مختلف خانوادگی به عنوان همسر، والد
- ◀ خودپنداره: اعتماد به نفس، هر نوع برچسب یا آنگ درونی شده
- ◀ سطح انگیزه: انگیزه بهبود بیماری فرد، پایبندی به درمان
- ◀ اسکان و مسکن: زندگی با چه افرادی، امکانات موجود
- ◀ مسئولیت: تأثیر بیماری بر روی فرد، وضعیت عاطفی، ابراز ترسها و اضطرابها
- ◀ حمایت اجتماعی: ارتباطات اجتماعی در دسترس، اطلاعات و حمایت فیزیکی، حمایت

### عاطفی

- ◀ روابط اجتماعی: روابط بین فردی با دیگران، تعارض‌های موجود
- ◀ منابع و نقاط قوت: مهارت‌های شغلی موجود، عقاید مذهبی، منابع در دسترس

### در سطح خانوادگی:

- ◀ نقش‌های اعضای خانواده: توانایی ایفای نقش‌های مورد انتظار که چه کسی چه نقشی را ایفا میکند، احساس دشواری در ایفای نقش‌ها
- ◀ الگوهای ارتباط خانوادگی: چه کسی با چه کسی صحبت میکند؟، انتقال احساسات مثبت و منفی، نوع ارتباطات
- ◀ توانایی حل مسئله و سازگاری: انواع مشکلات پیش رو، روش‌های جمعی حل مسئله که از طریق آن مشکلات حل می‌شوند، راهکارهای استفاده شده برای حل مشکلات

- ◀ عوامل خطر خانوادگی در زمینه عود: احساسات ابراز شده، تشخیص بیماری روانی در سایر اعضا، خشونت خانگی، عدم آگاهی راجع به بیماری روانی
- ◀ خشونت: هر خشونتی که به عنوان نتیجه بیماری یا غیر از آن تجربه شده باشد، خشونت خانگی، چه کسی درگیر خشونت شده، نوع و میزان خشونت و هر موضوع قانونی دیگر
- ◀ مسئولیت: مسئولیت مراقبت‌کنندگان، فعالیت‌های روزمره خانواده، به حداقل رساندن فعالیت‌های تفریحی و علاقمندی‌های خانواده‌ها
- ◀ آنگ: هر نوع نگرش منفی یا احساس تبعیض نسبت به خانواده توسط دیگر خویشاوندان و همسایه‌ها، امتناع از ارائه خدمات به خاطر بیماری روانشناختی، واکنش خویشاوندان، همسایه‌ها، مدرسه، محل کار و همسالان

### ارزیابی روانی - اجتماعی برای مشکلات کودکان و بزرگسالان

کودکان به ندرت ارزیابی روانی را شروع میکنند و ارجاع آن‌ها معمولاً توسط شخص دیگری غیر از بیمار درخواست میشود (مانند والدین، معلمان، متخصصین اطفال و دادگاه‌ها). کودکان باید در بافت خانواده، مدرسه، جامعه و فرهنگ ارزیابی شوند. این بدان معناست که هیچ کودکی به تنهایی قابل ارزیابی نیست. علاوه بر این، بیشتر کودکان و محیط‌های مختلف، عملکرد متفاوتی دارند و مفید است بدانیم کدام محیط، رفتارهای اضطرابی وی را بهتر یا بدتر میکند و همچنین نقاط قوت کودک را بتوانیم بشناسیم. بنابراین بررسی همزمان عملکرد والدین و خانواده، بسیار مهم است، زیرا به چند نفر که از وضعیت کودک مطلع باشند نیاز خواهد بود.

## ارزیابی روانی-اجتماعی در خصوص سلامت روان زنان

موضوع سلامت زنان، شامل موضوعات سلامتی و بیماری‌هایی است که خاص زنان است، مانند زایمان، بیماری‌های شایع در زنان و یا بیماری‌هایی که در زنان و مردان به گونه متفاوتی نمود دارد، به این معنی که زنان ممکن است نشانه‌های متفاوتی را نشان داده و مشکل جدی‌تر و دوره متفاوتی از بیماری را داشته باشند و یا به مداخلات درمانی به صورت متفاوتی پاسخ دهند. سلامت زنان همچنین شامل مسائل دسترسی به مراقبت، کیفیت آن و پیشگیری از بیماری است. بسیاری از زنان موانعی را برای مراقبت بهداشتی مناسب تجربه می‌کنند که شامل دسترسی محدود، نگرش‌های افراطی در حرفه پزشکی و سیستم‌های ارجاع با هماهنگی ضعیف می‌باشد.

ارزیابی روانی-اجتماعی بایستی شامل موارد زیر باشد (علاوه بر مواردی که قبلاً در بخش مربوط به بیماری روانی شدید و شایع ذکر شد):

- ◀ سن قاعدگی و پاسخ عاطفی به این وضعیت
- ◀ ارزیابی جزئیات آخرین دوره قاعدگی
- ◀ علائم قبل از شروع قاعدگی
- ◀ چک کردن بالینی نشانه‌های عمده عاطفی مرتبط با قاعدگی مانند نشانه‌های جسمانی
- ◀ باورهای اجتماعی درباره قاعدگی
- ◀ تجربیات مرتبط با بارداری و عوامل استرس‌زای آن در صورتی که قابل اطلاق باشد
- ◀ تغییرات بهداشت روان پس از زایمان
- ◀ تغییرات جسمانی و عاطفی در دوره یائسگی
- ◀ تجاوز و خشونت جنسی

- ❶ خشونت خانگی
- ❷ دستیابی به منابع و امکان تصمیم‌گیری
- ❸ نگرش نسبت به خود و تصویر بدن

### ارزیابی روانی - اجتماعی ناتوانی:

واژه ناتوانی، مربوط است به هرگونه محدودیت یا عدم توانایی انجام یک فعالیت در محدوده‌ای که برای انسان‌ها عادی در نظر گرفته شده است. این نتیجه تعامل بین فرد دارای کم‌توانی و موانع محیطی و نگرشی است که ممکن است با آن روبرو شود. ناتوانی بر زندگی روزمره فرد تأثیر داشته و به عنوان یک مانع در جهت رشد وی می‌باشد. این محدودیت یا ناتوانی در انجام کار، باعث برهم خوردن روال امور خانواده شده و منجر به بار مالی و اختلال در تعاملات خانوادگی میشود و این امر موجب می‌گردد که فرد، خود را باری اضافه برای جامعه بداند. به همین دلیل است که ارزیابی روانی- اجتماعی کم‌توانی انجام میشود. ارزیابی روانی- اجتماعی، بیشتر به تأمین نیازهای فرد توجه میکند تا بتواند علی‌رغم کم‌توانی، به خوداتکائی بیشتر برسد و همچنین ارائه کمک و حمایت بیشتر تا گسترش برنامه های مراقبت فردی را هدایت کند.

### ارزیابی روانی - اجتماعی بازماندگان حوادث (بلايا):

تأثیر حوادث بر زندگی انسانها بسیار زیاد است. از این رو ارزیابی روانی- اجتماعی بازماندگان باید در کنار ارزیابی خسارت ساختاری، اقتصادی و اجتماعی باشد. ارزیابی روانی- اجتماعی، بعدی حیاتی و ارزشمند در پاسخ فوری به بلايا همانند پاسخ‌های طولانی مدتی است که لازم است در مواجهه با این حوادث صورت گیرد.

لازم به یادآوری است در زمان بروز حوادث، بازماندگان آسیب‌دیده که نیاز به مداخلات روانی-اجتماعی دارند، تعدادشان بسیار بیشتر از متخصصین آموزش‌دیده در دسترس، برای ارائه خدمات هستند. معمولاً افراد آسیب‌دیده از حوادث، بر اساس عکس‌العمل روانشناختی‌شان به حادثه رخ داده و میزان مراقبت‌های روانی-اجتماعی مورد نیاز به سه دسته بزرگ تقسیم میشوند:

۱. کسانی که واکنش‌های روانشناختی عادی به حادثه دارند و نیاز به مداخله روانی-اجتماعی ندارند.

۲. کسانی که علائم روانشناختی نشان می‌دهند که منجر به اضطراب، اختلال در عملکرد از چند روز تا چند هفته شده و از مداخلات روانشناختی حداقلی ولی ویژه استفاده میکنند.

۳. کسانی که نیاز به دریافت خدمات درمانی از یک متخصص سلامت روان دارند؛ زیرا از هر دو مورد زیر رنج می‌برند:

**الف)** واکنش اضطرابی حاد که آنقدر شدید است که عملکردهای اساسی را محدود می‌کند (مثلاً نمی‌تواند حرف بزند)

**ب)** از علائم شدید روانی آشفته‌کننده و ناتوان‌کننده رنج می‌برند و با گذر زمان بهبود پیدا نکرده و با مداخلات روانی-اجتماعی نیز بهتر نمی‌شود.

اولین وظیفه مددکار اجتماعی بعد از پرداختن به نیازهای امدادی و مراقبتی، ارزیابی برای درک تأثیر حوادث بر روی بازماندگان است. در این مورد بایستی موارد زیر ارزیابی شود:

۱. مشخصات جمعیت شناختی-اجتماعی شامل زمینه جمعیت شناختی و روانی فرد و تعداد اعضای خانواده فوت شده و زنده میباشد.

۲. پاسخ‌های روانشناختی به حادثه، که مددکار اجتماعی باید واکنش‌های روانشناختی/

پاسخ‌های بازماندگان که در زیر اشاره شده است را ارزیابی کند:

### واکنش‌های فوری (در طی ۲۴ ساعت):

- ◀ تنش، اضطراب و هراس
- ◀ حیرت‌زدگی، بُهت، شوکه شدن، انکار
- ◀ شادی و سرخوشی در بین بازماندگان یا افرادی که تلفات کمتری متحمل شده‌اند
- ◀ بیقراری، سردرگمی
- ◀ واکنش‌های همراه با تحریک‌پذیری، گریه و کناره‌گیری
- ◀ احساس گناه

این واکنش‌ها تقریباً در همهٔ افراد در منطقه آسیب‌دیده، مشاهده می‌شود و می‌تواند به عنوان واکنش‌های عادی به شرایط غیرعادی در نظر گرفته شود که این موارد به هیچ مداخلهٔ روانی-اجتماعی خاصی نیاز ندارند.

### در طول چند روز تا چند هفته پس از حادثه:

- ◀ هراسان بودن، گوش به زنگ بودن، هشیاری بیش از حد (تحریک‌پذیری، خشم، بی‌خوابی)
- ◀ ناامید و نگران بودن
- ◀ بازگشت مکرر خاطرات (خاطرات حادثه بارها و بارها به ذهن فرد می‌آید)
- ◀ گریه و زاری، احساس گناه (گاهی که مربوط به بازماندگان است)
- ◀ غمگینی
- ◀ واکنش‌های مثبت: امیدواری، فکر به آینده، مشارکت در کارهای امداد و نجات
- ◀ پذیرش حادثه به عنوان یک فرایند طبیعی

همه موارد فوق، به عنوان واکنش‌های عادی که ممکن است صرفاً به مداخلات حداقلی نیاز داشته باشد، در نظر گرفته می‌شود.

### حدوداً سه هفته بعد از حادثه:

- ◀ بیقراری
- ◀ احساس هراس و وحشت
- ◀ غمگینی عمیق مداوم، افکار بدبینانه کاملاً غیرواقعی
- ◀ عدم فعالیت به صورت آشکار، رفتار انزواطلبانه و گوشه‌گیرانه
- ◀ اضطرابی که به صورت علائم جسمی مانند تپش قلب، سرگیجه، بیقراری، حالت تهوع، سردرد و غیره نمود پیدا میکند.

این واکنش‌ها لزوماً به معنی یک بیماری روانشناختی نیست. افرادی که این علائم را گزارش میدهند احتمالاً میتوانند با برخی از مهارت‌های ابتدایی مداخله روانی-اجتماعی کمک شوند.

۳- ارزیابی مهارت‌های سازگاری بازماندگان حادثه: مددکار اجتماعی بایستی مهارت‌های سازگاری مثبت و منفی به کار گرفته شده توسط بازماندگان حادثه را ارزیابی کند مانند:

#### مهارت‌های مقابله‌ای مثبت:

- ♦ برنامه‌ریزی و اقدام قاطعانه
- ♦ استفاده مناسب از منابع کمکی
- ♦ بیان مناسب احساسات دردناک و ناراحت‌کننده
- ♦ تحمل عدم قاطعیت و ثبات بدون مبادرت به اقدام تکانشی

#### مهارت‌های مقابله‌ای منفی:

- ♦ انکار و اجتناب بیش از حد
- ♦ رفتار تکانشی

♦ وابستگی افراطی

♦ ناتوانی در بهره‌گیری از حمایت دیگران

♦ سرکوب عاطفی

♦ مصرف مواد

همهٔ عواطف منتج شده از حوادث، در بین بازماندگان، ناهنجار نیست. اکثر افراد واکنش مقابله‌ای سالم و بالغ به شرایط نشان می‌دهند.

۱. فرد بازمانده را در مورد مشکلات رایج سلامت روان پس از حادثه ارزیابی کنید،

از قبیل:

♦ واکنش حاد استرسی

♦ عزاداری و سوگ

♦ افسردگی

♦ اختلالات اضطرابی

♦ اختلالات روان تنی (جسمانی شکل)

♦ سوء مصرف الکل و مواد مخدر

♦ اختلال استرس پس از حادثه

♦ تشدید/ عود اختلالات روانی قبلی

افرادی که دارای اختلالات روانی ذکر شده هستند، نیاز به ارجاع و مداخله متخصص سلامت روان دارند.

۲. تأثیر کلی حادثه بر شخص را در انجام عملکرد روزانه‌اش ارزیابی کنید.

ارزیابی روانی- اجتماعی بازماندگان، به وسیله مقیاس‌های کمی و کیفی انجام میشود. برخی از مقیاس‌های کمی که برای ارزیابی استفاده میشوند موارد زیر می‌باشد:



- ♦ نیمرخ اجتماعی- جمعیت شناختی
- ♦ مقیاس تأثیر حادثه: برای مطالعه مشکلات پیش روی افراد متأثر از وقایع استرس‌زای زندگی (کودکان و بزرگسالان) استفاده میشود.
- ♦ ابزار ارزیابی ناتوانی و پریشانی
- ♦ پرسشنامه خوداظهاری

### پرسشنامه خوداظهاری:

- ◀ آیا شما اغلب سردرد دارید؟ بلی خیر
- ◀ اشتهای شما پایین است؟ بلی خیر
- ◀ آیا خواب شما بد است؟ بلی خیر
- ◀ آیا شما به آسانی دچار ترس می شوید؟ بلی خیر
- ◀ آیا دستان شما می لرزد؟ بلی خیر
- ◀ آیا شما احساس نگرانی و تنش داری؟ بلی خیر
- ◀ آیا دچار مشکلات گوارشی هستید؟ بلی خیر
- ◀ آیا در شفاف فکر کردن مشکل دارید؟ بلی خیر
- ◀ آیا احساس غمگینی می کنید؟ بلی خیر
- ◀ آیا شما بیشتر از معمول گریه می کنید؟ بلی خیر
- ◀ آیا لذت بردن از فعالیت های روزمره برایتان سخت است؟ بلی خیر
- ◀ آیا تصمیم گیری برایتان سخت است؟ بلی خیر
- ◀ آیا در ایفای یک نقش مفید در زندگی اتان ناتوان هستید؟ بلی خیر
- ◀ آیا علاقمندی تان را به چیزها از دست داده اید؟ بلی خیر
- ◀ آیا احساس می کنید بیشتر مواقع خسته هستید؟ بلی خیر

- ◀ آیا احساس ناراحتی در معده تان دارید؟      بلی      خیر
- ◀ آیا به سادگی خسته می شوید؟              بلی      خیر
- ◀ آیا به این فکر می کنید که زندگی تان را پایان دهید؟      بلی      خیر

### تشخیص اجتماعی:

تشخیص اجتماعی یک فرایند روانی-اجتماعی است. این امر فرایند کشف الگوهای مهم درباره اطلاعاتی است که مستقیماً به دست می آید یا طی ارزیابی و رابطه یاورانه استنباط می شود. این فرایند به طور آزمایشی در سراسر دوره ارتباط با مراجع، ساختارمند و اصلاح می شود. برای درک بُعد اجتماعی ساختار روانی فرد، تخصص مددکار اجتماعی مورد نیاز است. تشخیص اجتماعی تأکید میکند که درمان زمانی اثربخش خواهد بود که پویایی های شخصیت مراجع در ارتباط با پویایی های محیط اجتماعی و انتظارات و فشارهای اجتماعی گسترده تر، درک شود. تشخیص با تلاش برای پاسخ به پرسش های زیر، شروع میشود:

- ➔ مشکل چیست؟
- ➔ مراجع چگونه با مشکل مقابله میکند و به آن واکنش نشان میدهد؟
- ➔ مراجع تلاش دارد تا درباره مشکل و کیفیت کمک مورد نیازش چه بگوید؟

در تلاش برای درک این سؤالات، مددکار اجتماعی اقدام به شکل دهی فرضیه ها و گمانه ها درباره الگوهای ساخته شده به وسیله حقایق، مفاهیم و پیامدهایشان برای یاری رساندن می کند. واقعیت های شرایط باید توسط مددکار اجتماعی به طور عینی و مؤثر درک شود.

همچنین به عناصر ارزشی در تشخیص اشاره شده است. انتظارات اجتماعی

مختلف، نسبت به این که مراجع چگونه باید در کنار آنچه که واقعاً میتوان از وی انتظار داشت رفتار کند، که با توجه به تاریخچه زندگی‌اش، منابع شخصی‌اش و محیط اطرافش به دست آورد. و این عناصر باید برای کشف بهترین شکل مداخله در نظر گرفته شود.

تشخیص اجتماعی را میتوان از طریق ابزارهای کمی و کیفی که شامل مصاحبه‌های بالینی، پرسشهای اجتماعی (پرسشهای مربوط به محل کار، مدرسه و دانشگاه)، مصاحبه با اشخاص مهم، بازدید منزل و محله، ارزیابی فرد، خانواده و بافت اجتماعی فرد، انجام داد. این موارد معمولاً به عنوان ارزیابی‌های روانی- اجتماعی شناخته می‌شوند.

**فصل — م:**

**مداخلات روانی - اجتماعی**

## مداخلات روانی - اجتماعی

### مدیریت و تبعیت دارویی (پایبندی به مصرف دارو):

درمان دارویی در روند درمان بیماران دارای اختلالات روانشناختی شدید، یک جزء ضروری و حیاتی به شمار میرود. دارو میتواند نشانه‌های بیماری را کاهش داده و از عود اختلال روانپزشکی جلوگیری کند؛ اما ایجاد انگیزه برای بیمار که درمان دارویی را ادامه دهد، میتواند یک چالش برای درمانگران باشد. درمان دارویی در حوزه روان، همیشه باید یک بخش از برنامه جامع درمانی باشد که پس از یک ارزیابی روانپزشکی کامل که منجر به تشخیص می‌شود، صورت گیرد.

#### مدیریت دارویی:

پس از شناسایی بیمار، بسته به وضعیت بالینی وی، بایستی داروهای ضد روانپریشی شروع شود. درمان را میتوان عموماً به دو فاز حاد و نگهدارنده تقسیم کرد. اهداف فاز حاد درمان، کاهش نشانه‌ها، جلوگیری از آسیب رساندن به خود یا دیگران و بهبود عملکردهای بیولوژیکی است. هدف فاز نگهدارنده درمان، جلوگیری از عود و کمک به بیمار برای بهبود سطح عملکردش می‌باشد. در ادامه به برخی از داروها اشاره می‌شود:

#### داروهای ضد روانپریشی:

دو طبقه از داروهای ضد روانپریشی در دسترس هستند: داروهای ضد روانپریشی متداول (هالوپریدول، کلروپرومازین، تری فلوپرازین) و داروهای ضد روانپریشی غیرمتداول (ریسپریدون، الانزاپین، کوئتیاپین). هر دو گروه به یک اندازه مؤثر هستند؛ اما عوارض جانبی‌شان متفاوت است. داروهای ضد روانپریشی معمولی، داروهای با قدرت بالا (مثل هالوپریدول) عوارض خارج هرمی و داروهای با قدرت

کم (مثل کلروپرومازین، فلوفازین، تری فلوپرازین) اثرات جانبی آنتی کولینرژیک دارند (مثل خشکی دهان، احتباس ادرار، یبوست) و تأثیرات جانبی قلبی-عروقی مثل (تپش قلب و افت فشار خون). انواع دیگر داروها، شامل تثبیت‌کننده‌های خلق، ضد افسردگی، ضد اضطراب و بنزودیازین‌ها می‌شود.

### دارو برای انواع بیماری‌ها:

اسکیزوفرنیا: کلورپرومازین، تری فلوپرازین، فلوفازین، هالوپریدول و ریسپریدون  
 افسردگی: داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای، ایمپیرامین، آمی تریپتیلین، مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (S.S.R.I)  
 مانیا: لیتیوم، والپروات و کاربامازپین یا همراه با داروهای ضد روانپریشی  
 اختلالات اضطرابی: آلپرازولام، بوپروپیون، استامینوفن، بوتالیتال و کافئین، آمی تریپتیلین، کلوردیازپوکساید، کلونازپام، سیتالوپرام، فلوکستین و غیره  
 اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی: دکسترو آمفتامین و متیل فنیدیت  
 صرع: کابامازپین، فنوباریتون، فنیتون، والپروات و غیره

تشدید قابل توجه مرگ و میر ناشی از بیماری و افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی

پایبندی ضعیف به درمان

تلاش‌ها باید به این سمت باشد:

- به حداکثر رساندن جمع‌آوری اطلاعات برای متخصصین / ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
- تسهیل روابط بین ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و بیماران
- تقویت مهارت‌های ارتباطی
- مشارکت در تصمیم‌گیری دو جانبه (متقابل)

**این نیازهای مرتبط با پایبندی به درمان، سلامت رفتاری را برآورده می‌کند**

### پایبندی به مصرف دارو

پایبندی به مصرف دارو، یکی از جنبه‌های اساسی در درمان و بهبودی اختلال روانپزشکی است. هزینه‌های شخصی و اقتصادی عدم پایبندی به مصرف دارو بسیار زیاد است و راه‌های حل این مشکل کمتر از حد مطلوب بوده است. پایبندی به عنوان میزان تطابق رفتار فرد با توصیه‌های پزشکی و بهداشتی تعریف شده است. به نظر می‌رسد عدم تمایل به رعایت نسخه، یک ویژگی انسانی است و عدم پایبندی به درمان، در همه جای دنیا، مشکل پزشکی می‌باشد.

وقتی که بیماران علی‌رغم معرفی داروهایی با اثرات جانبی کمتر، درمان را ادامه نمی‌دهند، تبعیت ناقص، بیشتر از عدم تبعیت رایج است. عدم پایبندی در اختلالات شدید روانپزشکی بسیار شایع است. تبعیت درمانی به طور کلی در اختلالات حاد، بهتر از شرایط مزمن است. داروهای تجویز شده نقش اساسی را در درمان دارند. آنها می‌توانند علائم را کاهش داده و از عود اختلالات روانپزشکی جلوگیری کنند. اثر داروهای ضد روانپریشی در پیشگیری از عود، کاملاً ثابت شده است. با این حال، تبعیت درمانی به خودی خود، یک زندگی طبیعی را برای بیمار تضمین نمی‌کند، ولی میزان عود را کاهش می‌دهد که این امر یک پیش‌شرط مهم برای دستیابی

به بهبودی است.

## ارزیابی موانع پایبندی به درمان (تبعیت درمانی):

- ◀ عدم آگاهی یا بینش در مورد بیماری
- ◀ عوارض جانبی داروها
- ◀ عدم باور بیمار به فایده درمان
- ◀ موانع مراقبت یا درمان دارویی
- ◀ پیچیدگی درمان
- ◀ هزینه‌های درمانی
- ◀ ارتباط ضعیف بیمار با مراقبت‌کننده
- ◀ نشانه‌های اصلی روانپزشکی
- ◀ فراموشی وقت‌های ویزیت پزشکی
- ◀ پیگیری یا برنامه‌ریزی نامناسب ترخیص

انطباق با درمان یا تبعیت درمانی، یک موضوع بالینی بسیار مهم است. متخصصین مراقبت بهداشتی باید به طور مناسبی آموزش ببینند و اهمیت تبعیت درمانی در مراقبت از بیمار را بپذیرند.

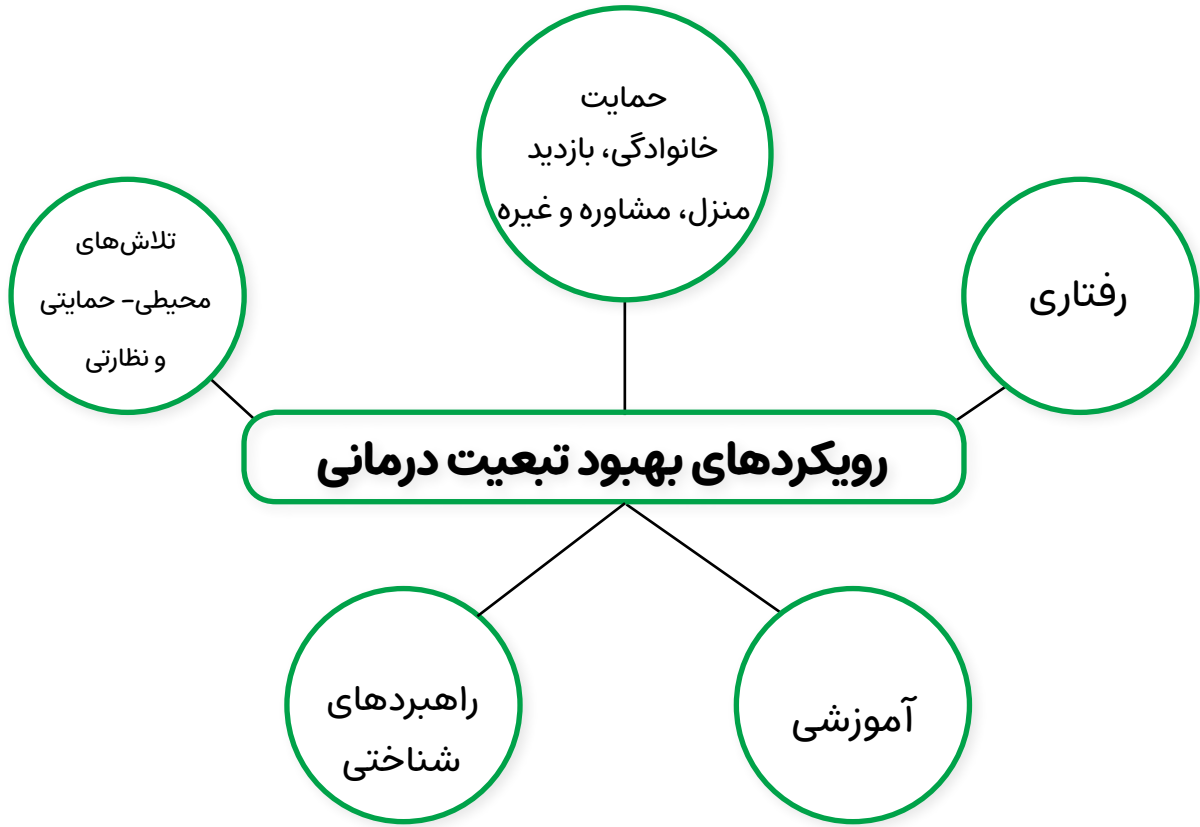
## راهبردهای ارتقاء تبعیت درمانی

- ◀ ارتباط قوی بین بیمار و اعضای تیم درمان
- ◀ همبستگی قوی با بیماران، با توجه به این که بیماران به یک رابطه مثبت با درمانگران در همه سطوح درمانی نیاز دارند، زیرا آن‌ها بینش ضعیفی نسبت به اختلالشان



داشته و عدم ساختار شفاف درمان، منجر به تبعیت ضعیف درمانی میشود.

- ◀ ارزیابی شرایط شخصی، اجتماعی و اقتصادی
- ◀ ایجاد یک روند مشخص برای دریافت (مصرف) دارو
- ◀ به بیمارانی که داروها را به خاطر عوارض دارویی قطع میکنند، باید دستورالعمل‌هایی دربارهٔ چگونگی پایش و درک اثر داروها داده شود.
- ◀ تبعیت درمانی، اغلب با مشارکت فعال بیمار در مسیر درمان، بهبود مییابد.
- ◀ ساده‌سازی برنامهٔ دارویی
- ◀ شناخت عواملی که منجر به عدم تبعیت دارویی میشود
- ◀ تعریف بیماری از دیدگاه بیمار
- ◀ همدلی و حمایت
- ◀ ذکر دلایل منطقی استفاده از دارو (دربارهٔ عوارض و فواید دارو آموزش داده شود)
- ◀ آشکارساختن مقاومت‌های بیمار
- ◀ توضیح دربارهٔ نیاز به دارو و میزان تجویز شدهٔ آن
- ◀ انتقال حس امید و خوش‌بینی به بیمار
- ◀ گسترش اتحاد درمانی
- ◀ بحث دربارهٔ روش‌های درمانی جایگزین



ارائه مداخلات نیازمند موارد زیر است:

- آموزش متخصصان
- زمان لازم برای آموزش
- حمایت یکپارچه اعضای مختلف تیم درمان

## درمان شناختی - رفتاری:

هدف این درمان موارد زیر میباشد:

- ◀ بهبود بینش نسبت به بیماری، افزایش پایبندی به درمان دارویی، کاهش شدت علائم و عواقب منفی دیگر بیماری
- ◀ مشخص کردن عقاید تحریف شده درباره بیماری و توسعه راهنمایی‌ها برای حمایت از رفتارهای پایبندکننده درمان
- ◀ بهبود توانایی تشخیص علائم بالینی که بیمار را در مورد نیاز به درمان نگهدارنده و فواید دارو، آگاه میکند.
- ◀ پیوند تأثیر مثبت دارو با اهداف و خواسته‌های بیمار، جهت عملکرد و کیفیت بهتر زندگی
- ◀ درمان شناختی- رفتاری (C.B.T) ، در کاهش علائم باقی مانده بیماری مؤثر است که به طور مستقیم پایبندی به دارو را بهبود می‌بخشد.

## رویکرد پایبندی به درمان

رویکرد پایبندی به درمان، یک رویکرد مشارکتی و مراجع-محور است که پایبندی به درمان دارویی را تقویت میکند. این رویکرد، عناصر درمان شناختی-رفتاری و مصاحبه انگیزشی را در موارد زیر استفاده میکند:

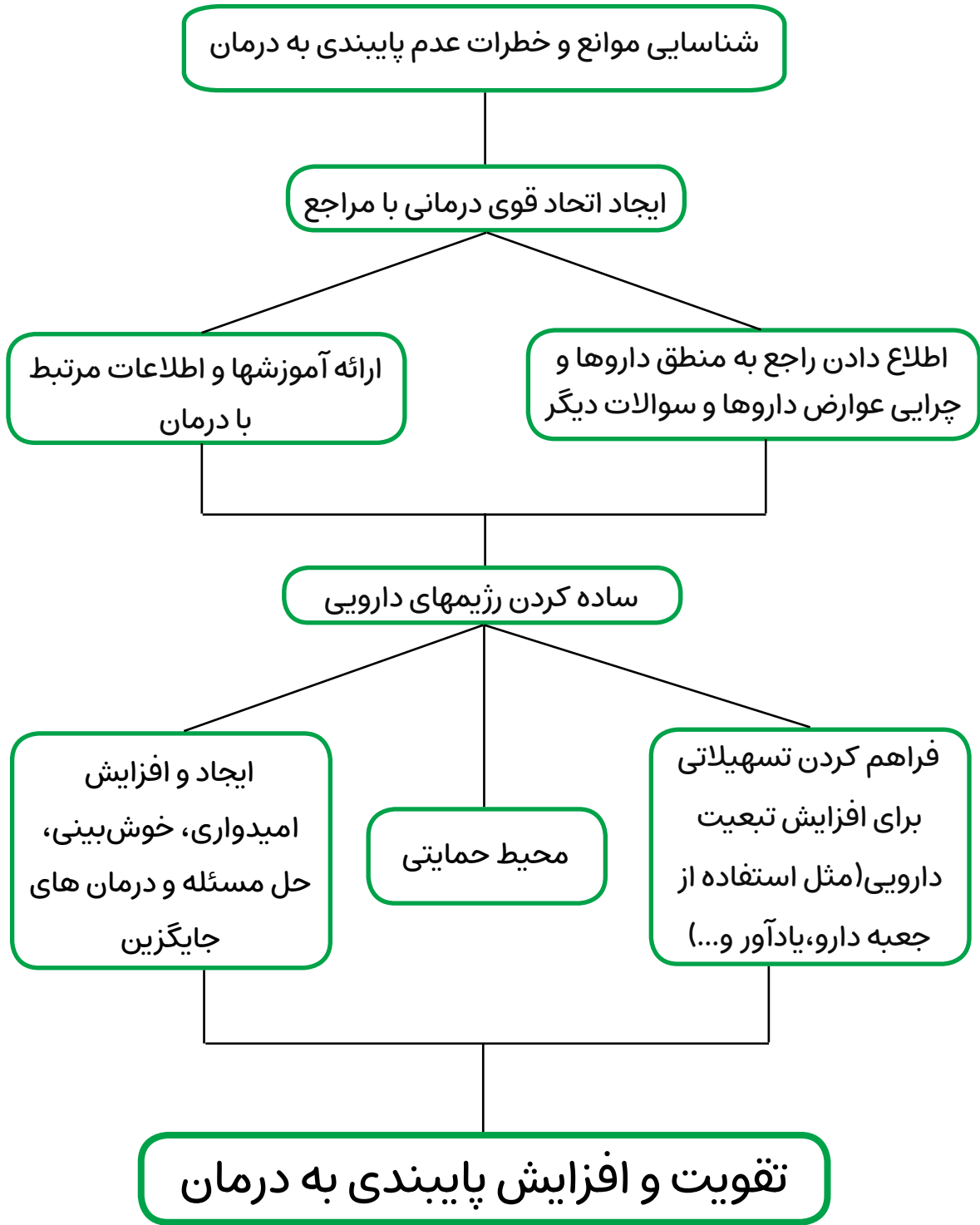
- ◀ پرداختن به عقاید افراد درباره درمان دارویی
- ◀ شناسایی موانع درمان
- ◀ تدوین راهبردهای خاص فردی برای غلبه بر بیماری
- ◀ تقویت مهارت حل مسئله
- ◀ فنون هدف‌گذاری

رویکرد پایبندی به درمان، ممکن است به دلیل پیوند مداخله با نیازهای خاص مراجع، مشخص کردن دلایل عدم پایبندی مراجعین به درمان و قادر ساختن مراجع به مشارکت فعال در درمان، موثر باشد. بنابراین از طریق پرسش‌های باز و گوش کردن انعکاسی، درمانگر قصد دارد مراجع را به اهمیت مصرف دارو آگاه کند و اعتماد مراجع را به پایبندی به رژیم درمانی افزایش دهد. با این حال، جلسات پیگیری برای افزایش و پایش تبعیت درمانی، بسیار مهم هستند.



### مدیریت عوارض جانبی:

- ♦ توجه همدلانه و اعتمادسازی مجدد را رعایت کنید.
- ♦ عوارض جدی جانبی باید در تغییر میزان و زمان مصرف دارو، مصرف کردن همراه با / بدون غذا، استفاده داروهای دیگر و غیره مشخص شود.
- ♦ در بعضی مواقع، تغییر دارو برای رفع عدم پایبندی به درمان مورد نیاز خواهد بود.



پایبندی به درمان، اغلب به وسیلهٔ ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، به درستی قضاوت نمی‌شود و به وسیلهٔ بیماران نیز مورد کم‌توجهی قرار می‌گیرد. با این حال، ثابت شده که آموزش پایبندی به درمان وقتی با رابطه حمایتی و مراقبت‌کنندهٔ ارائه‌دهندگان خدمات به کار گرفته می‌شود، بسیار سودمند است. همان طور که مشخص شده، پایبندی به درمان ضعیف، اغلب با فقدان بینش، ساختارهای درمانی غیرشفاف و مهارت‌های ارتباطی ضعیف، همبستگی دارد. اگر این مسائل پاسخ داده شوند، رفتارهای مرتبط به پایداری به درمان را افزایش می‌دهند.

### مداخلات / مدیریت روانی - اجتماعی:

علیرغم این واقعیت که درمان اصلی افراد دارای بیماری روانشناختی شدید، مداخلات دارویی، کنترل جزئی و محدود علائم و کنترل عوارض جانبی کوتاه‌مدت و بلندمدت است؛ اما با توجه به این که درصد قابل توجهی از افراد پایبندی ضعیف به درمان دارند، این مهم نیازمند به کارگیری رویکرد وسیع‌تر است، رویکردی که ترکیبی از مداخلات یکپارچه و هماهنگ دارویی و درمان‌های روانشناختی و اجتماعی است که در فرایند درمان و مراحل مختلف بیماری اعم از حاد و سایر مراحل آن به کار گرفته می‌شود. مراقبت از افراد مبتلا به بیماری روانشناختی، فقط به معنای تسکین علائم نیست، بلکه به معنای کنار آمدن با نیازهای مختلف ناشی از درمان است. در مجموع، مراقبت از این افراد مستلزم مداخلات روانشناختی، دارویی و مداخلات روانی-اجتماعی است که در یک شبکهٔ بهداشت روان بوده و شامل تیم‌های بین رشته‌ای می‌باشد. مداخلات روانی-اجتماعی، انواعی از مداخلات روانشناختی، مداخلات فردی و خانوادگی، مداخلات آموزش روانی، برنامه‌های اجتماع‌محور محلی و غیرمحلی، برنامه‌های تفریح و اوقات فراغت و برنامه‌هایی

با هدف اشتغال را شامل میشود.

مداخلات روانی-اجتماعی به طور عمده در موارد زیر دسته بندی میشود:

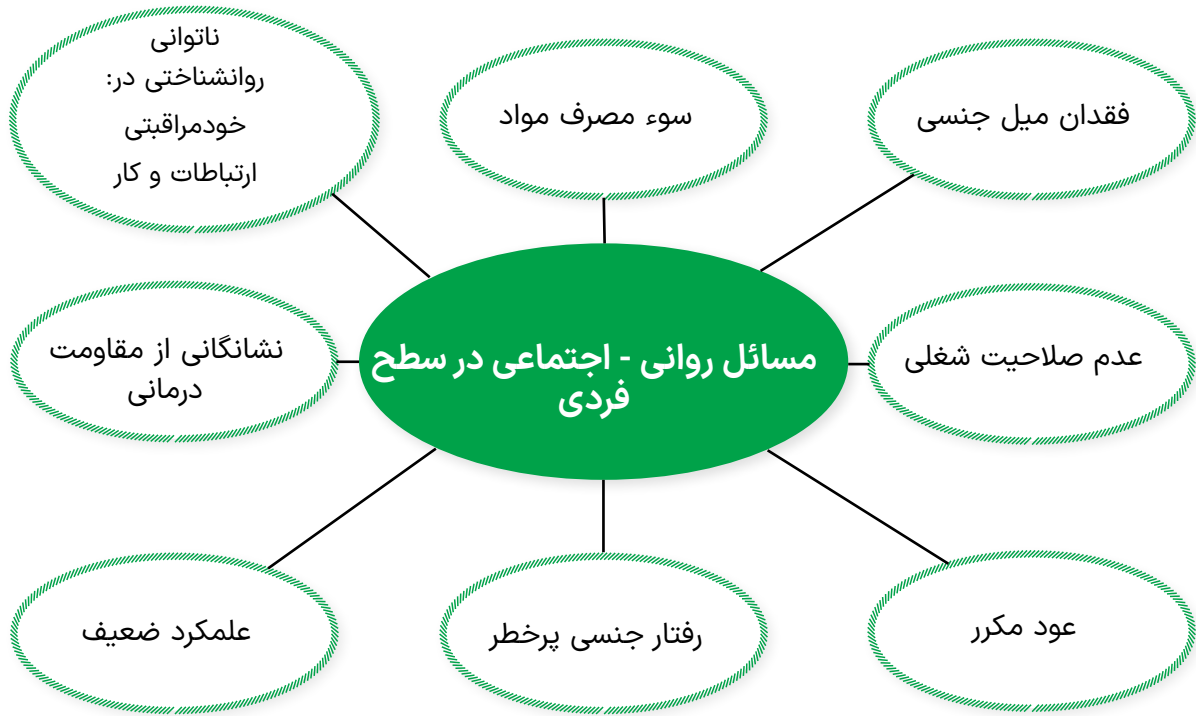
- ♦ مداخلات بیمار-محور
- ♦ مداخلات خانواده-محور
- ♦ مداخلات اجتماع-محور

### مداخلات روانی-اجتماعی در سطح فردی

مداخلات روانی-اجتماعی در سطح فردی به منظور زیر صورت می‌گیرد:

- ◀ بهبود عملکرد فردی
- ◀ کمک به روابط و تعاملات بین فردی
- ◀ روان درمانی حمایتی
- ◀ آموزش مهارت‌های اجتماعی
- ◀ مهارت‌های شغلی
- ◀ آموزش
- ◀ بازآموزی شناختی
- ◀ آموزش روانی
- ◀ تغییر نگرش
- ◀ کاریابی
- ◀ خدمات پیگیری
- ◀ مدیریت مورد
- ◀ تشویق به مشارکت در نقش‌های اجتماعی

در تصویری که در ادامه می‌آید به فهرستی از مسائل روانی-اجتماعی در سطح فردی پرداخته می‌شود:



### مداخلات روانی- اجتماعی در سطح خانوادگی

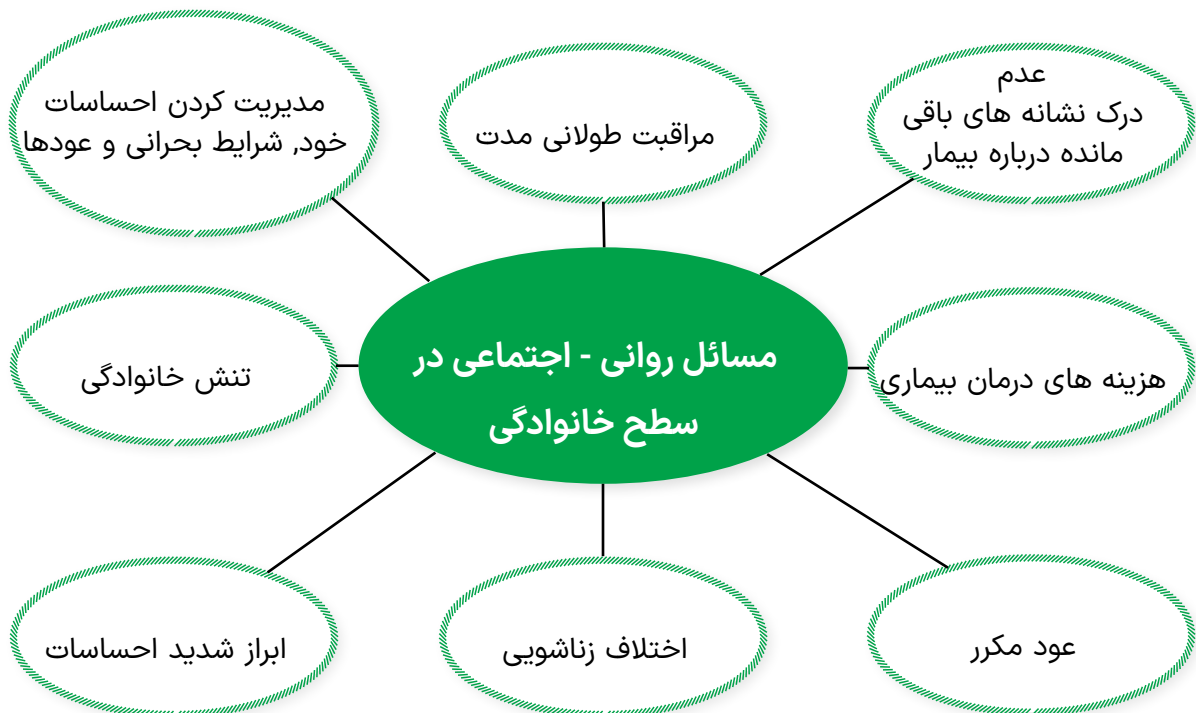
مداخلات روانی- اجتماعی در سطح خانوادگی به منظور زیر صورت می‌گیرد:

- ◀ ایجاد رابطهٔ مثبتی بر درک همدلانه با ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت
- ◀ تمرکز بر روی نقاط قوت ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت و کمک به آن‌ها در شناخت منابع اجتماعی
- ◀ تقویت تبعیت دارویی
- ◀ افزایش شناسایی زودهنگام عود بیماری و حل سریع بحرانها
- ◀ کاهش ناتوانی فردی و اجتماعی
- ◀ تنظیم مجدد انتظارات و تعدیل تأثیر آن در محیط منزل



- ◀ حمایت عاطفی از ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت
- ◀ توسعه گروه‌های خودیار برای حمایت متقابل و شبکه‌سازی در بین خانواده‌ها
- ◀ ارائه اطلاعات راجع به خدمات و مزایای رفاهی
- ◀ مشخص کردن مسئولیت خانواده
- ◀ تقویت راهبردهای سازگاری خانوادگی
- ◀ فراهم کردن زمینه‌های مدیریت بحران
- ◀ آموزش چگونگی مراقبت در منزل
- ◀ برخورد مناسب با احساسات بیان شده در خانواده
- ◀ فراهم کردن خدمات حمایت خانوادگی

در تصویری که در ادامه می‌آید به فهرستی از مسائل روانی-اجتماعی در سطح خانوادگی پرداخته می‌شود:

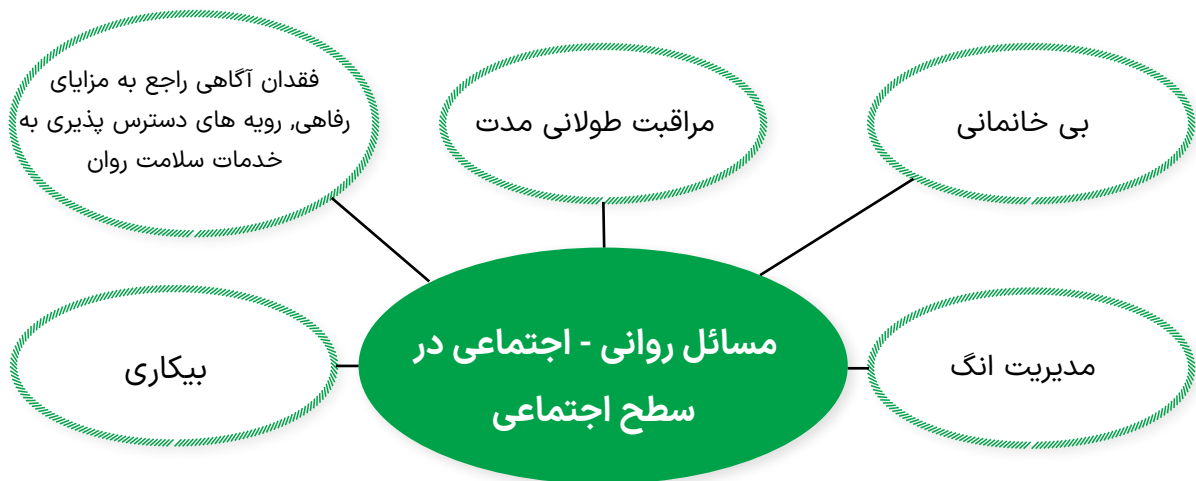


### مداخلات روانی- اجتماعی در سطح اجتماع

مداخلات روانی- اجتماعی در سطح اجتماع به منظور زیر صورت می‌گیرد:

- ▶ توانبخشی مبتنی بر اجتماع
- ▶ گروه‌های خودیار
- ▶ آگاهی از شاخص‌های رفاهی
- ▶ مشخص کردن خرافات و باورهای اشتباه دربارهٔ بیماری‌های روانشناختی در اجتماع
- ▶ همکاری با رهبران جوان و ریش‌سفیدان در ایجاد آگاهی
- ▶ ارتقاء مراقبت اجتماعی در خصوص بیماری روانشناختی
- ▶ انجام بازدید منزل
- ▶ ریشه‌کن کردن آنگ و تبعیض
- ▶ آموزش به اجتماع از طریق پویش‌ها
- ▶ شناسایی منابع در دسترس اجتماع
- ▶ تقویت شبکهٔ اجتماعی و جامعه‌ای و سیستم‌های حمایتی

در تصویری که در ادامه می‌آید به فهرستی از مسائل روانی-اجتماعی در سطح اجتماعی پرداخته می‌شود:



برخی اقدامات و مداخلات در سطح اجتماعی شامل موارد ذیل است:

#### الف. برنامه‌های هدف‌گذاری شده در مورد اوقات فراغت

هدف این برنامه‌ها، کمک به افراد جهت تقویت روابط اجتماعی، استفاده از وقت آزاد، افزایش مشارکت در فضای جامعه، فعالیتهای جمعی، تعطیلات و فعالیتهای رشد شخصی است.

#### ب. برنامه‌های هدف‌گذاری شده در مورد اشتغال

توانبخشی شغلی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و برنامه‌های آماده‌سازی شغلی را برای پیوستن به یک شغل در آینده، پایه‌گذاری میکند. افراد با مشکلات خاص و جویای شغل هم با نیازهای مشاورهای، حمایتی و نظارتی در یک شغل، انطباق پیدا کرده و میتوانند کارگاههای آموزش شغلی را با فعالیتهای شغلی ترکیب نمایند. اگر چشم‌انداز فوری اشتغال به کار، چه به صورت حمایت شده و چه به صورت عادی وجود نداشته باشد، صرف آموزش و یادگیری مکرر، آنها را در خطر از دست دادن کارایی شخصیشان قرار میدهد. اشتغال حمایتی به منظور کاریابی سریع در بازار رقابتی، همراه با آموزش و اقدامات نظارتی خاص در محیط کار و همچنین حمایت از کارفرما، بدون زمان مشخص و برای تضمین حفظ شغل میباشد. این دیدگاه بر دسترسی سریع و توجه به اولویتهای و انگیزه‌های شخصی، تاکید دارد، ضمن این که نیازی به فرایندهای طولانی آموزش مجدد و ارزیابی نیست.

#### ج. مداخلات در سطح خدمات

مداخلات در سطح خدمات، در قالب رویکرد برنامه مراقبت، مدیریت موارد شدید و درمان اجتماعی قاطع (مصرانه) فعالیتهای بسیار مهمی هستند که میتواند توسط یک مددکار اجتماعی انجام شود

## د. رویکرد برنامه مراقبت

یک روش اصولی برای ارزیابی نیازهای اجتماعی و بهداشتی است. برای هر مراجع نیاز هست که یک برنامه مراقبت تهیه شود که مراقبت اجتماعی و بهداشتی مورد نیاز برای مجموعه‌ای از ارائه‌دهندگان خدمات را مشخص میکند که شامل تماس منظم با مدیر مورد میشود.

## ه. مدیریت موارد شدید

مدیریت موارد شدید با مسئولیت کمتر از ۲۰ بیمار (به طور معمول یک روانپزشک و یک مددکار اجتماعی روانپزشکی) مشخص میشود. مدیریت موارد شدید (I.C.M) مدلی است که برای تأمین نیازهای پرتکرار بیماران به کار گرفته شده است

## و. درمان قاطع (مصرانه) اجتماعی

شکلی از مداخله است که به وسیله اعضای تیم چند رشته‌ای سلامت روان، به صورت فعالانه ارائه میشود.

## ح. مراکز روزانه و یا مراکز توانبخشی روانی- اجتماعی / مراکز بین راهی

## ت. مراکز بهداشت روان اجتماعی

## آموزش روانی

آموزش روانی، یک روش آموزشی بر پایه یافته‌های بالینی، جهت ارائه اطلاعات و آموزش به افراد و خانواده‌های دارای بیمار روانشناختی، به منظور همکاری با متخصصان بهداشت روان به عنوان بخشی از یک برنامه کلی درمان بالینی برای اعضای خانواده بیمارشان است. اهداف کوتاه‌مدت آموزش روانی، جلوگیری از عود مکرر بیمارانی است که مشکلات جدی روانشناختی دارند. از جمله اهداف دیگر

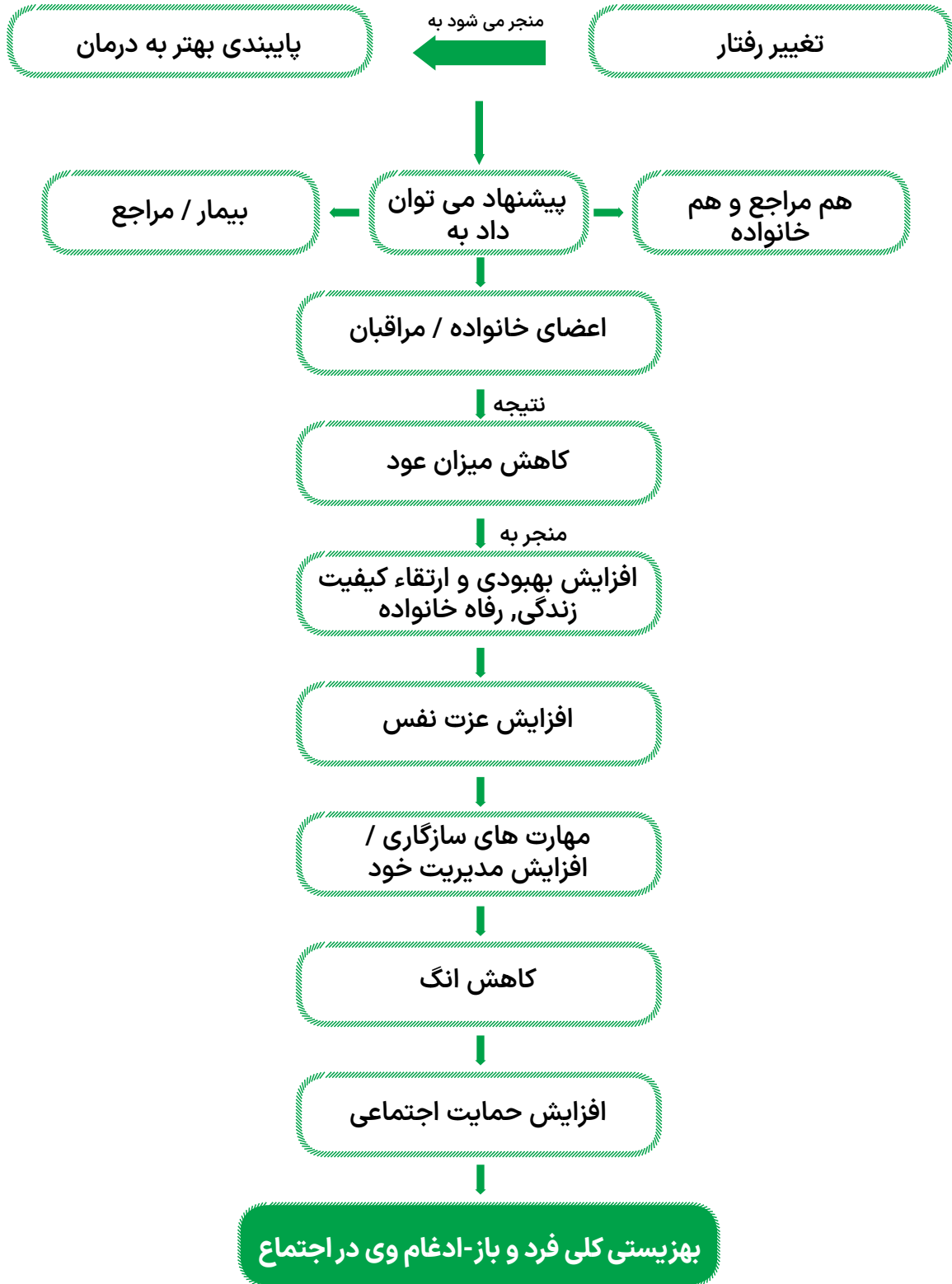
آموزش روانی اطمینان از درمان دارویی و پایبندی به درمان و ادغام مجدد آنها در اجتماع محلی‌شان با توجه به عملکرد شغلی و اجتماعی آنهاست. در واقع هدف این است تا مراجع در مواجهه با بیماری فعلی توانمند شده و ظرفیت‌ها، منابع و مهارت‌های سازگاری‌اش را که میتواند به وی در بهزیستی طولانی مدتش کمک کند، تقویت نماید. آموزش روانی، فرایند آموزش به مراجعان دارای بیماری روانشناختی و اعضای خانواده‌شان درباره ماهیت بیماری، از جمله علت شناسی، پیشرفت و سیر بیماری، عواقب، پیش‌آگهی‌ها، درمان و سایر موارد می‌باشد.

آموزش روانی-اجتماعی بر موارد زیر تأکید دارد:

- ✓ کاهش عود / پیشگیری
- ✓ افزایش پایبندی به درمان دارویی
- ✓ افزایش رضایت‌مندی از سیستم ارائه خدمات سلامت روان
- ✓ بهبود کیفیت زندگی
- ✓ بهزیستی کلی مراجع و مراقبان

مهم‌ترین هدف در توانمندسازی مراجعین و خانواده‌شان در این امر نهفته است تا افراد مبتلا به بیماری و خانواده‌شان بتوانند به بهترین شکل ممکن با بیماری مواجه شوند. مداخله آموزش روانی-اجتماعی، همچنین باید عوامل منفی نگرشی مانند عواطف بیان شده و احساس فشار بیماری را برطرف کند.

## هدف آموزش روانی



### اجزای اساسی آموزش روانی

<p><b>دلایل اختلالات روانشناختی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آسیب‌پذیری زیستی- روانی در برابر اختلالات</li> <li>• تأثیرات سوء مصرف الکل و مواد مخدر، دارودرمانی بر روی علائم</li> <li>• تأثیرات استرس بر روی علائم</li> <li>• مهارتهای مقابله‌ای خانواده و فرد بیمار</li> <li>• چگونگی حمایت توسط خانواده</li> </ul>	<p><b>حقایق اساسی درباره اختلال</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تشخیص</li> <li>• باورهای غلط رایج</li> <li>• شیوع</li> <li>• دوره اختلال</li> </ul>
<p><b>علائم هشداردهنده عود اولیه</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شناسایی علایم</li> <li>• کنترل نشانه‌ها و علائم هشداردهنده اولیه</li> </ul>	<p><b>دارودرمانی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تأثیر درمان دارویی بر اختلال</li> <li>• نام داروها</li> <li>• عوارض جانبی</li> <li>• راهبردهای مدیریت عوارض دارو</li> <li>• صحبت با پزشکان درباره درمان دارویی</li> <li>• اهمیت درمان دارویی منظم</li> </ul>

### انواع آموزش روانی

آموزش روانی را میتوان در قالب‌ها و بسترهای مختلفی اجرا کرد:

- مبتنی بر فرد
- مبتنی بر گروه
- مبتنی بر خانواده / والدین

آموزش روانی، افراد دارای بیماری و کسانی که با بیمار به صورت روزانه در تعامل هستند مانند (خانواده، دوستان، مراقبان بیمار و غیره) را شامل میشود. در آموزش روانی خانواده، همسالان یا مراقبان بیمار، بایستی بر موارد زیر تمرکز نمود:

- ✓ درک ماهیت بیماری
- ✓ نشانه های اصلی اختلال و شناسایی آن (علائم و نشانه های اولیه)
- ✓ شناسایی عوامل آشکارساز
- ✓ پایبندی به درمان و نقش آن‌ها به عنوان یک مراقبت کننده که چگونه به مراجع برای پایبندی به برنامه درمان به منظور مدیریت شرایط کمک می‌کند

### سؤالات زیر باید در خصوص دارودرمانی مشخص شود:

- ✓ درمان دارویی چیست؟
- ✓ چگونه عمل میکند؟
- ✓ فوایدش چیست؟
- ✓ عوارض آن چیست؟
- ✓ چند وقت یکبار باید مصرف شود؟
- ✓ وقتی مصرف نشود چه اتفاقی می‌افتد؟
- ✓ در مواقع اورژانسی چه باید کرد و چگونه موقعیت را مدیریت کرد؟
- ✓ مشخص کردن حمایت‌های مالی، قانونی و اجتماعی



## کاهش استیگما

از جمله نقش های مددکاران اجتماعی در نقش مدافع کاهش استیگما (آنگ) نسبت به مشکلات روانشناختی در سطح جامعه از جمله دانشگاه است، از همین رو لازم است که مددکاران اجتماعی با مفهوم استیگما آشنا بوده و در جهت رفع باورهای غلط کوشش کنند؛ چون از جمله بازدارنده های مراجعه افراد به مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت روان از جمله دانشجویان به مراکز مشاوره دانشجویی وجود استیگما و آنگ نسبت به موضوعات حوزه سلامت روان است.

## استیگما چیست؟

استیگما (آنگ) باورها و نگرش های منفی در مورد افراد مبتلا به بیماری های روانی را توصیف می کند. و غالباً فقدان دانش و درک نسبت به بیماری روانشناختی است که همراه با برچسب زنی به مشکلات سلامت روان است. در واقع، در بسیاری از فرهنگ ها، بیماری روانشناختی یکی از بدترین شرایط است. آنگ مبتنی بر کلیشه هاست، یعنی باورهایی درباره گروه های خاص در یک جامعه. تعصب و نگرش منفی نسبت به این گروه ها و تبعیض رفتاری که از آن ناشی می شود. استیگما نسبت به سلامت روان سبب می شود افرادی که مبتلا به مشکلات سلامت روان هستند مورد پیش داوری، قضاوت و طرد قرار گرفته و دیگران نسبت به آن ها ترس را تجربه کنند. استیگما در واقع شکلی از بی احترامی را موجب می شود، بی احترامی باعث می شود افراد برای بهره گیری از خدمات سلامت روان مراجعه نکنند. نتیجه استیگما محروم شدن این افراد از فرصت های زندگی است. از سویی آنگ بیماری روانشناختی آنقدر قوی است که احتمال کمک گرفتن افراد مبتلا را کاهش می دهد. برای افراد مبتلا، این می تواند به معنای از دست دادن فرصت ها برای درمان مناسب باشد. علاوه بر این، آنگ بیماری روانشناختی مشکلات مرتبط

با تعیین شیوع آن را تشدید می‌کند. در این میان افراد مبتلا به بیماری‌های شدید روانشناختی مانند اسکیزوفرنیا ممکن است توسط افراد و خانواده‌هایشان طرد شوند. در مطالعه‌ای که افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و افراد مبتلا به افسردگی را مقایسه کرد، هر دو گروه گزارش کردند که احساس انگ می‌کنند. با این حال، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تأثیر روانی-اجتماعی بیشتری را احساس کردند. برای افراد مبتلا به بیماری روانشناختی به اندازه کافی سخت است که با علائم و رفتارها کنار بیایند؛ اما انگ، لایه دیگری از استرس را اضافه می‌کند. اثرات انگ می‌تواند سال‌ها و حتی مادام‌العمر باقی بماند. درونی کردن انگ مرتبط با بیماری روانشناختی می‌تواند منجر به کاهش عزت نفس شود. ادراک انگ توسط افراد مبتلا به بیماری روانشناختی می‌تواند با کیفیت زندگی پایین‌تر، از جمله ارتباطات اجتماعی محدود و فرصت‌های کاری کمتر مرتبط باشد.

### پیامدهای ناشی از استیگما

استیگما نسبت به بیماری‌های سلامت روان سبب می‌شود، که افراد موارد ذیل را تجربه کنند:

- ♦ دشواری در بهره‌گیری از حمایت دیگران مانند دوستان و خانواده
- ♦ مورد خشونت و طرد واقع شدن توسط دیگران
- ♦ دشواری در بهره گرفتن از خدمات تخصصی حوزه سلامت روان
- ♦ عزت نفس پایین، خودارزشمندی پایین، تردید نسبت به خود

در این زمینه مددکاران اجتماعی می‌توانند راهکارهای مختلف برای کاهش استیگما داشته باشند مانند:

۱. آگاهی‌بخشی نسبت به بیماری‌های روانشناختی

استیگما، برخی زمان‌ها از عدم آگاهی درست نسبت به بیماری‌های روانشناختی

ناشی می‌شود، بنابراین پژوهش کردن و به اشتراک گذاشتن حقایق درست نسبت به بیماری‌های روانشناختی بسیار مهم است. آموزش مناسب در حوزه سلامت روان می‌تواند به رفع برداشت‌های نادرست و رفع استیگما نسبت به بیماری‌های روانشناختی کمک کند.

## ۲. مدافعه کردن

مددکاران اجتماعی زمانی که مشاهده می‌کنند، دیگران به افرادی که مشکلات سلامت روان را دارند برچسب منفی می‌زنند، تلاش کنند این برچسب‌های منفی را کم کرده و با ارائه اطلاعات صحیح آن‌ها را آگاه کنند.

## ۳. ظرفیت‌سازی

ظرفیت‌سازی به معنی آموزش دادن به اجتماع‌های مختلف برای کاهش استیگما و کلیشه‌های مرسوم نسبت به بیماری‌های روانشناختی است، برخی زمان‌ها خود دانشجو، خانواده و دوستان وی و یا سایر افراد پیرامون فرد این کلیشه‌های غلط را دارند که در این زمینه لازم است ظرفیت‌سازی صورت گیرد تا شیوه تفکر افراد و اجتماع اصلاح شود. از جمله این ظرفیت‌سازی‌ها ترویج این آگاهی است که مشکلات روانشناختی موضوعات اخلاقی و یا شرمساز کننده نیست، بلکه این موضوعات حاصل عوامل پیچیده اعم از بیولوژیکی، اجتماعی و خانوادگی است. در ادامه نیز فهرستی ارائه می‌شود که چگونه مددکاران اجتماعی در جهت کاهش استیگما می‌توانند تلاش کنند:

➊ مددکاران اجتماعی می‌توانند نگرش خود را نسبت به افراد مبتلا به بیماری‌های روانشناختی ارزیابی کنند و برای کاهش نگرش‌های انگ‌زنی خود تلاش کنند.

➋ مددکاران اجتماعی می‌توانند با همکاری و حمایت اعضای خانواده به کاهش انگ کمک کنند. این امر به اعضای خانواده امکان می‌دهد حمایت مورد نیاز خود را دریافت

کنند و از انگی که خود اعضای خانواده احساس می‌کنند، بکاهند.

❶ مددکاران اجتماعی می‌توانند برنامه‌ها و کارگاه‌هایی را که تصورات نادرست دربارهٔ بیماری‌های روانشناختی را به چالش می‌کشند برگزار و رهبری کنند. این برنامه‌ها و کارگاه‌ها را می‌توان برای عموم مردم، اعضای خانواده، پلیس و سایر سازمان‌های مجری قانون و سایر متخصصان سلامت روان ارائه کرد.

❷ مددکاران اجتماعی می‌توانند پژوهش‌هایی انجام دهند که انگ را ارزیابی کرده و به تقویت دانش پرداخته تا استیگما کاهش یابد (سیلویا، ۲۰۱۹).

# **فصل چہارم:**

## **توانبخشی روانی - اجتماعی**

## مقدمه

تمرکز اصلی توانبخشی بر کارکرد افراد در محیط طبیعی آنها، افزایش مهارت‌های فردی و اجتماعی، حمایت از افراد برای ایفای نقش‌های مختلف زندگی اجتماعی و به طور خلاصه بهبود کیفیت زندگی افراد آسیب‌دیده و خانواده‌هایشان است، به علاوه در فرایند توانبخشی از افراد حمایت می‌شود تا به صورت فعال، عادی و تا جایی که ممکن است در اجتماع به صورت مستقل مشارکت داشته باشند. به عبارت دیگر هدف از توانبخشی روانی-اجتماعی کمک به افراد با بیماری‌های روانشناختی پایدار و شدید است تا زمینه برای رشد مهارت‌های فکری، اجتماعی و عاطفی در آنها فراهم شود به گونه‌ای که برای زندگی شخصی و حرفه‌ای به حداقل حمایت حرفه‌ای نیاز داشته باشند.

## مفهوم بهبودی

بهبودی را این‌گونه تعریف می‌کنند "فرایندی که افراد قادر به زندگی کردن، کار کردن، یادگیری و مشارکت کامل در اجتماعشان می‌شوند".

اقدامات با هدف بهبودی تشخیص می‌دهد که افراد با بیماری‌های روانشناختی مانند هر فرد دیگری که از بیماری روانشناختی رنج نمی‌برد، همان آرزوها و نیازها را برای اشتغال، اسکان، روابط، تفریحات دارند. بیماری‌های روانشناختی تغییرات مهمی را ایجاد می‌کنند، به نحوی که انتظارات زندگی را در هر دو سطح فردی و محیطی به ویژه محیط خانواده تحت‌الشعاع قرار می‌دهند. مفهوم بهبودی نشان می‌دهد که نیاز به بازنگری انتظارات زندگی، غلبه بر تغییرات از طریق فنون مختلفی است که خدمات‌دهندگان باید فراهم کنند، تا بدین شکل ادغام مجدد افراد در جامعه صورت گیرد و این هدف از طریق شیوه‌های زیر حاصل می‌شود:

← خدمات درمانی سلامت روان مانند توانبخشی و روانپزشکی اجتماعی. طرح‌های سیاسی و اجتماعی که همبستگی و احترام به افراد مبتلا به بیماری‌های روانشناختی را افزایش می‌دهد.

مددکاران اجتماعی نقش مهمی در به حداکثر رساندن فرایند بهبودی افراد مبتلا به بیماری‌های روانشناختی شدید دارند. نقش مددکاران اجتماعی کمک به افراد برای غلبه یا جبران اثرات مشکلات روانی-اجتماعی و نیز طرد اجتماعی است که این افراد تجربه می‌کنند، همچنین مددکاران اجتماعی از این افراد حمایت می‌کنند تا آن‌ها تا جایی که امکان دارد به صورت مستقل زندگی کنند، به علاوه مددکاران اجتماعی از افراد مبتلا به بیماری‌های روانشناختی حمایت می‌کنند تا آن‌ها بتوانند از پس اجرای نقش‌ها و تقاضاهای مختلف شغلی، زندگی و... برآیند به گونه‌ای که در محیط‌های مختلف اجتماعی بتوانند مشمولیت را تجربه کنند.

## توانبخشی روانی - اجتماعی<sup>۱</sup>

توانبخشی روانی- اجتماعی که توانبخشی روانپزشکی هم نامیده می‌شود، شامل مجموعه‌ای از استراتژی‌های مداخلاتی روانی و اجتماعی است که مداخلات دارویی را تکمیل می‌کند، نشانگان بیماری را مدیریت می‌کند و هدفش بهبود کارکردهای اجتماعی و فردی، افزایش کیفیت زندگی، و حمایت از مشمولیت اجتماعی افراد آسیب‌دیده از بیماری‌های روانشناختی مزمن و شدید است.

۱ - Psychosocial Rehabilitation

## اهداف و راهبردهای توانبخشی روانپزشکی

اهداف توانبخشی روانپزشکی	راهبردها
فعالیت‌های زندگی روزانه	آموزش روانی اجتماعی
آموزش مهارت‌های زندگی مستقل	رفتار زندگی روزمره
آموزش مهارت‌های زندگی پایه	فرصت‌ها
آموزش مهارت‌های اجتماعی	استقلال
آموزش مهارت‌های زندگی	تعیین منابع اجتماعی
آموزش شغلی	قدرت بخشی مراجع
برنامه ریزی فعالیت‌ها	بهبودی
مشاوره‌های حمایتی	کیفیت زندگی
هنر درمانی	مدافعه اجتماعی
بازی درمانی	افزایش مهارت‌های سازگاری
ورزش درمانی	افزایش مهارت‌های اجتماعی
کتاب درمانی	تامین نیازهای پایه
نمایش درمانی	افزایش مهارت‌های بین فردی
باغبانی درمانی	تقویت شبکه اجتماعی
تفریح درمانی	کاهش تاثیرات اجتماعی
مداخلات رفتاری	نشانگان

توانبخشی افراد با بیماری‌های شدید روانشناختی در مراکز سرپایی و بستری در بیمارستان امکان‌پذیر است. از سویی مددکاران اجتماعی نیازمند تسهیلاتی برای برنامه‌های توانبخشی حرفه‌ای/شغلی هستند تا به فرایند بهبودی افراد مبتلا به بیماری‌های روانشناختی کمک کنند. توانبخشی شغلی و حرفه‌ای در شکل‌های مختلف برنامه‌های روانی-اجتماعی مانند اشتغال محافظت‌شده، کارگاه‌های محافظت‌شده و... صورت می‌گیرد، همچنین لازم است که افراد مبتلا به بیماری‌های روانشناختی را آماده کرده و به کلاس‌های پیش‌حرفه‌ای ارجاع دهید تا برای ورود به جامعه



آماده شوند، این کلاس‌ها عبارتند از:

- ♦ آموزش مهارت‌های حرفه‌ای
- ♦ مهارت‌های شغل یابی
- ♦ اشتغال آزمایشی
- ♦ اشتغال پاره‌وقت
- ♦ به کارگماری داوطلبانه قبل از وارد شدن به اشتغال رسمی

مددکاران اجتماعی در مراکز توانبخشی نقش‌های مختلفی دارند از جمله:

- ◀ کار با خانواده‌ها
- ◀ کار با گروه‌ها
- ◀ کار با افراد
- ◀ سازمان اجتماعی
- ◀ بازدید از محل تحصیل / اداره و منزل
- ◀ ارائه مشاوره و راهنمایی به خانواده
- ◀ آموزش داوطلبان
- ◀ ارجاع
- ◀ مدافعه
- ◀ انجام امور پژوهشی در حوزه توانبخشی روانپزشکی
- ◀ مشاوره و هماهنگی اجتماعی
- ◀ همکاری بین سازمانی
- ◀ بسیج منابع
- ◀ نامه‌نگاری
- ◀ آموزش مهارت‌ها

◀ مشاوره

◀ هماهنگی

◀ نظارت

◀ شبکه‌سازی

◀ کار تیمی

یک برنامه جامع توانبخشی که از نظر ماهیت کاملاً هماهنگ و چند رشته‌ای باشد و از منابع جامعه به طور بهینه استفاده کند، به بهبود یکپارچه افراد مبتلا به اختلالات روانی کمک می‌کند.

عوامل کمک‌کننده به توانبخشی موفق:

← تشخیص درست

← درمان مناسب

← ارزیابی بالینی دوره‌ای

← پیگیری منظم

← تداوم مراقبت

← برنامه‌ریزی فعالیت

← آموزش حرفه‌ای

← کاریابی

← مداخلات درمانی روانی-اجتماعی

← گروه‌های خودیاری

← خدمات رفاه خانواده

← خدمات مراقبت در منزل جایگزین

← خدمات روزانه مراقبت

- ← حمایت از خانواده
- ← حمایت جامعه‌ای
- ← حمایت دولت
- ← خدمات مراقبت موسسه‌ای
- ← خدمات توانبخشی اجتماع‌محور
- ← کاهش استیگما و تبعیض
- ← روش‌های به حداکثر رسانی نگهداری
- ← آموزش پیشگیری از بازگشت
- ← شناسایی موقعیت‌های پرخطر
- ← سازگاری با حالت‌های عاطفی منفی
- ← سازگاری با تعارض‌های بین فردی
- ← سازگاری با فشارهای اجتماعی
- ← آموزش مهارت‌های سازگاری
- ← آمادگی برای موقعیت‌های پرخطر
- ← مداخلات سبک زندگی
- ← آموزش روانی خانواده شامل همهٔ موارد بالا به علاوهٔ دارودرمانی، و تکنیک‌های مراقبت و رفتار با بیمار است.

### ارجاع و راهنمایی خدمات بهداشت روان

مددکار اجتماعی که در مرکز بهداشت اولیه و مرکز سلامت روان جامعه‌محور کار می‌کند، باید در بازدیدهای منظم خود چه بازدید منزل و چه بازدید در جامعه، افرادی را در جامعه شناسایی کند که نیاز به مراقبت و درمان سلامت روان دارند.

افرادی که به این خدمات نیاز دارند باید به خدمات مقتضی که در دسترس و مقرون به صرفه است، دسترسی داشته باشند. هر جا که خانواده به دلیل ترس از انگ از ورود به مراکز ویژه سلامت روان خودداری می‌کند، باید به آن توجه شود و تا آنجا که ممکن است، مراقبت‌های سلامت روانی که با مراقبت‌های بهداشتی عمومی ادغام شده‌اند، مورد توجه قرار گیرد. مددکار اجتماعی همچنین باید بتواند خانواده‌هایی را که به شیوه‌های غیرعلمی برای درمان بیمار خود متوسل می‌شوند و هزینه‌های زیادی در این مسیر صرف می‌کند شناسایی کند. چنین خانواده‌هایی نیاز دارند که راهنمایی و مشاوره شوند که درمان دارویی برای درمان اختلالات روانشناختی حاد خیلی ضروری است. همچنین اگر این خانواده به شیوه‌های معنوی در حمایت از بیماران خود اعتقاد دارند در کنار درمان‌های اصلی می‌توانند برای استفاده از شیوه‌های معنوی حمایت شوند. مددکار اجتماعی همچنین می‌تواند در رابطه با خدمات سلامت روان، توانبخشی و رفاه راهنمایی‌های لازم را فراهم کرده و به افراد آموزش کافی را بدهد که آن‌ها چگونه و کجا (آدرس، شماره تماس و...) می‌توانند از این خدمات استفاده کنند، همچنین مددکار اجتماعی در رابطه با مزایای این خدمات می‌تواند با افراد گفت‌وگو کند. این مراکز می‌توانند شامل گروه‌های درمانی، مراکز سرپایی سلامت روان، بیمارستان‌های روانپزشکی، مراکز ارزیابی و سنجش هوش، مراکز توانبخشی، خیریه‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در حوزه سلامت، مراکز اقامتی افراد مبتلا به بیماری‌های روانپزشکی، مراکز حقوقی، مراکز گفتاردرمانی، مراکز کاردرمانی، و سایر مراکز باشد. این راهنمایی‌ها باعث می‌شود اطلاعات افراد افزایش یافته و آن‌ها به خدمات دسترسی پیدا کنند.

## نتیجه‌گیری

بسیاری از نقش‌هایی که مددکار اجتماعی ایفا می‌کند در همه رشته‌های سلامت روان نیز رایج است. نقش‌های ویژه مددکار اجتماعی، ایجاد مشارکت بین متخصصان/ مراقبین و خانواده‌ها، همکاری با جامعه، معمولاً با هدف ایجاد محیط‌های حمایتی برای مراجعین، مدافعه برای خدمات ناکافی، منابع و مدل‌های درمانی، به چالش کشیدن و تغییر سیاست اجتماعی برای رسیدگی به مسائل فقر/اشتغال/عدالت اجتماعی و حمایت از گسترش برنامه‌های پیشگیری است. پیشگیری در سطوح مختلفی رخ می‌دهد و متمرکز بر مداخلات زودهنگام، آموزش عمومی و فردی، مدافعه و گسترش دسترسی به خدمات، منابع و اطلاعات است. در سطوح خرد و میانی توجه مددکاران اجتماعی معطوف به رفاه مراجعین و خانواده‌شان است و این که رفاه جسمانی، روانشناختی و معنوی آن‌ها به طور یکسان ارزیابی شود. در سطح کلان، مددکاران اجتماعی ظرفیت بیشتری برای بررسی گسترده مسائل انسانی، اجتماعی و سیاسی در حوزه سلامت روان داشته و عموماً فراتر از بیماری و درمان عمل می‌نمایند. تمرکز اصلی مددکاران اجتماعی باید بر رفاه عاطفی و سلامت روان افراد باشد که در واقع تأکید بر اهمیت تعیین‌کننده‌های روانشناختی و اجتماعی در جامعه است.

# **فصل پنجم:**

**اصول راه‌ها و شایستگی‌های**

**اصول مددکاری اجتماعی در**

**سلامت روان**

**بر پایهٔ اصول و صلاحیت‌های**

**ارائه شده توسط شورای آموزشی**

**مددکاری اجتماعی**

## اصول راهنمای مددکاران اجتماعی در سلامت روان

مددکاران اجتماعی از جمله گروه‌های اصلی ارائه دهنده خدمات سلامت روان در ایران هستند. آغاز حرفه مددکاری اجتماعی شامل توسعه پاسخ‌های اجتماعی به بیماری‌های روانشناختی به ویژه درمان فردی برای اختلالات روانشناختی بود. شورای آموزش مددکاری اجتماعی CSWE<sup>۱</sup> اصول زیر را برای هدایت نقش مددکاری اجتماعی در سلامت روان و مراقبت‌های رفتاری ارائه داده است.

### نیازهای فردی را برآورده کنید

این مسأله شامل دسترسی فرد به مراقبت‌های سلامت روان، تشخیص، درمان از جمله مدیریت دارو و منابع حمایتی اضافی است. شورای آموزشی مددکاری اجتماعی از ارائه خدمات سلامت روان توسط مددکاران اجتماعی با درجه ارشد که دارای مجوز هستند حمایت کرده و بیان می‌کند که ارائه خدمات سلامت روان نباید محدود به روانپزشکان و روانشناسان باشد.

### عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت را بشناسید

عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، شرایطی هستند که فرد در آن متولد می‌شود، از نظر جسمانی و ذهنی رشد می‌کند، زندگی می‌کند، کار می‌کند و بالغ می‌شود. این تجربیات با توزیع قدرت و پول در تمام سطوح اجتماعی شکل می‌گیرد. شورای آموزشی مددکاری اجتماعی از خدماتی پشتیبانی می‌کند که به عوامل اجتماعی که بر بیماران روانی تأثیر می‌گذارند، توجه می‌کند.

### از یک رویکرد تیم‌محور<sup>۲</sup> حمایت کنید

همکاری با سایر مددکاران اجتماعی و سایر متخصصان سلامت روان بهترین راه

۱ - Council on Social Work Education

۲ - Team-based approach

برای اطمینان از ارائه بالاترین کیفیت مراقبت است. اعضای تیم شامل روانپزشکان، پزشکان، پرستاران، روانشناسان، مشاوران و سایر متخصصان حوزه سلامت روان هستند. همه اعضای تیم می‌توانند از برنامه‌های آموزشی طراحی شده برای حرفه‌های بهداشت روان بهره‌مند شوند.

### ارزش مددکاری اجتماعی را بشناسید

مددکاران اجتماعی نه تنها باید خدمات بالینی و نظارتی انجام دهند، بلکه باید در سیاست‌گذاری نیز مشارکت داشته باشند که شامل خدمات در نقش مشاوره‌ای برای رهبری سازمانی می‌باشد.

## شایستگی‌های اصلی مددکاری اجتماعی در سلامت روان

در سال ۲۰۰۸ شورای آموزش مددکاری اجتماعی CSWE جهت‌گیری آکادمیک خود را بر آموزش مبتنی بر صلاحیت<sup>۱</sup> تغییر داد. این شورا به جای این که به طراحی و سازمان‌دهی برنامه‌های درسی<sup>۲</sup> تمرکز کند، بر این تأکید کرد که آموزش باید بر نتایج یادگیری دانشجویان تمرکز کند. برای بازتاب چنین موضوعی در سال ۲۰۱۵ خط‌مشی آموزشی و استانداردهای اعتباربخشی مورد بازنگری قرار گرفته و حاصل آن ۹ شایستگی اصلی فعلی شد. این شایستگی‌های اصلی به خوبی با درمان اختلالات روانشناختی سازگار است و در ادامه به آن‌ها پرداخته می‌شود:

### رفتار اخلاقی و حرفه‌ای از خود نشان دهید

اولین شایستگی اصلی، مشخصه حرفه مددکاری اجتماعی است. این حرفه مدت‌هاست به عنوان حرفه‌ای شناخته شده است که قوی‌ترین کدهای اخلاقی

۱ - Competency-based education

۲ - Curriculum



را دارد، به گونه‌ای که رفتار اخلاقی در قلب مددکاری اجتماعی قرار دارد. بی‌تردید مددکاران اجتماعی زمانی که در حوزه سلامت روان کار می‌کنند در حفظ اصول اخلاقی چالش‌ها و دوراهی‌های اخلاقی را تجربه می‌کنند.

#### متعهد به تنوع و تفاوت در عمل باشید

شایستگی دوم بر شایستگی فرهنگی متمرکز است و رفتار عادلانه نسبت به گروه‌های مختلف را تشویق می‌کند. در زمینه سلامت روان نیز مددکاران اجتماعی شایسته است خدمات را به گروه‌های مختلف ارائه داده و به تفاوت‌های فرهنگی توجه کنند.

#### پیشرفت حقوق بشر و عدالت محیطی، اجتماعی و اقتصادی

سومین شایستگی اصلی به تاریخچه حرفه مددکاری اجتماعی و تعهد آن به تضمین دسترسی به مراقبت‌های سلامت روان و نقش مددکاری اجتماعی می‌پردازد. به عبارتی دیگر افراد و گروه‌های مختلف لازم است ضمن دسترسی به خدمات سلامت روان از کیفیت مطلوب این خدمات هم بهره‌مند باشند.

#### تعهد به اقدامات پژوهش‌محور و پژوهش‌های اقدام‌محور

چهارمین شایستگی مددکاری اجتماعی زیربنای حرفه مددکاری اجتماعی است. در فرایند ارزیابی و مداخله در حوزه سلامت روان نیاز جدی وجود دارد که بررسی شود چه درمانی اثربخش و چه درمانی اثربخش نیست. دانش و مهارت‌های مددکاری اجتماعی باید از طریق یک فرایند یادگیری مستمر که به طور مداوم به دنبال بهبودی در طول زمان است، کسب و به کار گرفته شود.

#### مشارکت در سیاست‌گذاری

شایستگی پنجم در مددکاری اجتماعی به نیاز اعضای حرفه مددکاری اجتماعی در

کسب مهارت‌های رهبری و توسعهٔ سیاست علاوه بر مهارت‌های بالینی می‌پردازد. مددکاران اجتماعی دانش و تجربه لازم را دارند تا سهم مهمی در سیاست‌های سلامت روان داشته باشند و باید به طور فزاینده‌ای به دنبال این نوع سیاست‌های حرفه‌ای و موقعیت‌های رهبری باشند.

تعهد به افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع

ششمین شایستگی اصلی حرفهٔ مددکاری اجتماعی تأیید می‌کند که مددکاران اجتماعی دارای مهارت حیاتی مورد نیاز برای مشارکت دادن مراجع و خانواده‌های‌شان در درمان مشکلات روانشناختی هستند. مددکاران اجتماعی باید توجه جامعه را به نیازهای افراد با مشکلات روانشناختی جلب کنند و سازمان‌های حمایت از سلامت روان را بهبود بخشند.

افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع را ارزیابی کنید.

هفتمین شایستگی اصلی از مددکاران اجتماعی در کارشان حمایت می‌کند، از جمله تعیین انواع درمان مناسب برای تک تک مراجعین و خانواده‌هایشان. تا حد امکان، این ارزیابی‌ها و توصیه‌ها برای درمان باید عاری از سوگیری باشد.

مداخله در کار با افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع

شایستگی هشتم به طیف گسترده‌ای از مداخلات مددکاری اجتماعی که برای اطمینان از ارائهٔ مناسب خدمات سلامت روان ضروری است، می‌پردازد. علاوه بر این، مداخلات باید از تلاش برای غلبه بر موانع فردی و اجتماعی برای ارائهٔ درمان مشکلات روانشناختی حمایت کند.

فعالیت با افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع را ارزیابی کنید.

شایستگی مهم و نهایی به شایستگی اصلی چهارم مربوط می‌شود، که بیان

می‌کند که تحقیق و ارزیابی برنامه در تعیین درمان‌های اثربخش برای افراد دارای مشکلات روانشناختی حیاتی است. مددکاران اجتماعی در محیط‌های بالینی در موقعیت بسیار خوبی برای ارزیابی و اجرای پروتکل‌های درمانی مؤثر هستند. به طور کلی، مداخلات مددکاری اجتماعی با افراد دچار مشکلات روانشناختی باید توسعه، آزمایش و ارزیابی شود تا مشخص شود چه چیزی بهترین کار را انجام می‌دهد.

### صلاحیت‌های پیشرفته مددکاری اجتماعی در بازیابی سلامت روان

سیستم سلامت روان در طی پنج دهه گذشته تکامل چشمگیری یافته است، تکامل از محیطی با افرادی که تشخیص‌های روانپزشکی دریافت می‌کردند به سمت محیطی که همراه با امید، حمایت و مشمولیت است در این جا از جمله جهت‌گیری‌ها در مددکاری اجتماعی جهت‌گیری به سمت بهبودی و درمان است که در ادامه به آن‌ها پرداخته می‌شود.

#### فعالیت بهبودمحور<sup>۱</sup>

چندین موضوع دیدگاه بهبودمحور را در مددکاری اجتماعی پوشش می‌دهد. دیدگاه بهبودمحور در مددکاری اجتماعی هم‌سو با استانداردهای اخلاقی حرفه مددکاری اجتماعی و ارزش‌های اساسی خودتعیین‌گری<sup>۲</sup>، توانمندسازی و عدالت اجتماعی است. مددکاران اجتماعی بهبودمحور از دنیای افرادی که تجربه زیسته تشخیص‌های روانپزشکی را دارند به عنوان دریچه‌ای که از طریق آن عمل کنند استفاده می‌کنند و معتقدند که افراد می‌توانند از شرایط روانپزشکی بهبود یابند و این اساسی است که بر پایه آن فعالیت‌های بهبودمحور بنا می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده است که داشتن حداقل یک نفر که به فرد مبتلا به تشخیص‌های

۱ - Recovery-Oriented Practice

۲ - Self-determination

روانپزشکی اعتقاد داشته باشد، بهبودی او را تشویق کند و با اثرات استیگما، تبعیض و شرم مبارزه کند در بهبودی فرد نقش اساسی ایفا می‌کند (سند صلاحیت‌های پیشرفته مددکاران اجتماعی در فعالیت در حوزه سلامت روان، شورای آموزشی مددکاری اجتماعی، سازمان خدمات سلامت روان و سوء مصرف مواد<sup>۱</sup>). مددکاران اجتماعی بهبودمحور به دنبال تقویت صداها و افرازی با تجربه زیسته تشخیص‌های روانپزشکی هستند. آن‌ها متعهد به درمان‌هایی می‌شوند که تأکید بر نتایج هدفمند داشته، توسط مددکاران اجتماعی هدایت می‌شود و شامل خانواده‌ها و سایر افراد مهم مراجعین با کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها است. هر چه گزینه‌های معنادارتری به مراجعین ارائه شود، همراه با شواهدی که از این مداخلات پشتیبانی می‌کند، فرد هنگام ارزیابی احتمالات و سنجش پیامدهای تصمیم‌هایش آگاه‌تر خواهد بود. علاوه بر این، انتظار زندگی فراتر از سیستم سلامت روان از طریق اجتماع و مشمولیت اجتماعی تأکید می‌شود، همچنین تأکید روی حمایت‌های اجتماع طبیعی به جای حمایت‌ها و یا خدمات رسمی و نیز رهنمودهای خدمات و شبکه‌های حمایتی همتابخشی از دیدگاه بهبودمحور است.

در سال ۲۰۰۶ سازمان سلامت روان و سوء مصرف مواد ۱۰ ویژگی دیدگاه بهبودمحور را ارائه داد که می‌تواند یک راهنمای مفید برای مددکاران اجتماعی باشد:

- ➔ متکی بر خودتعیین‌گری فرد با تشخیص‌های روانپزشکی
- ➔ شخصی‌سازی شده<sup>۲</sup> و فردمحور<sup>۳</sup> بودن
- ➔ قدرتمند کردن افراد برای تصمیم‌سازی

۱ - The Substance Abuse and Mental Health Services Administration

۲ - individualized

۳ - person-centered

- ➔ یکپارچه بودن
- ➔ غیرخطی بودن
- ➔ مبتنی بر نقاط قوت بودن
- ➔ ترغیب حمایت همتایان
- ➔ احترام به افراد
- ➔ حمایت از افراد برای گرفتن مسئولیت‌ها
- ➔ تقویت حمایت

### شایستگی‌های مددکار اجتماعی بر پایه دیدگاه بهبودی محور در مددکاری اجتماعی

فعالیت مددکاری اجتماعی از طریق ۱۰ شایستگی در سیاست آموزشی و استانداردهای اعتباربخشی (EPAS<sup>۱</sup>) تعریف شده است (شورای آموزشی مددکاری اجتماعی، ۲۰۰۸). این ۱۰ شایستگی دانش، مهارت‌ها و ارزش‌های فعالیت عمومی مددکاری اجتماعی و رفتارهای عملی را که دانش، مهارت‌ها و ارزش‌ها را اجرا می‌کند، توصیف می‌کند. این سند مبتنی بر شایستگی‌های عمومی است و دانش، مهارت‌ها، ارزش‌ها و رفتارها برای فعالیت‌های ویژه در بهبود مشکلات روانشناختی را نشان می‌دهد.

#### ختمشی آموزشی ۱:

خود را به عنوان یک مددکار اجتماعی حرفه‌ای معرفی کنید و مطابق با آن رفتار کنید.

مددکاران اجتماعی به عنوان نمایندگان حرفه، مطابق با ارزش‌های هسته‌ای و مأموریت این حرفه خدمت می‌کنند، آن‌ها تاریخ این حرفه را می‌دانند. مددکاران اجتماعی خودشان را متعهد به ارتقاء حرفه، تقویت رفتار حرفه‌ای و رشد حرفه‌ای

۱ - Educational Policy and Accreditation Standards

می‌دانند.

مددکاران اجتماعی از جمله فعالیت‌هایی که انجام می‌دهند:

- ♦ از مراجع در دسترسی به خدمات مددکاری اجتماعی مدافعه می‌کنند،
- ♦ روی عملکرد شخصی خود بازاندیشی کرده و خوداصلاحی لازم را انجام داده تا از رشد حرفه‌ای خود اطمینان حاصل کنند.
- ♦ به نقش‌ها و مرزهای حرفه‌ای توجه می‌کنند.
- ♦ به رفتار حرفه‌ای در رفتار، ظاهر و ارتباطات توجه می‌کنند.
- ♦ متعهد به یادگیری طولانی مدت و پایدار هستند.
- ♦ از نظارت و مشاوره استفاده می‌کنند.

مددکاران اجتماعی باید از تجربه‌های زندگی‌شان نسبت به تشخیص‌های روانپزشکی، تروما و یا سوء مصرف مواد آگاه باشند و توجه داشته باشند که چگونه این پویایی‌ها ممکن است بر کار و روابط آن‌ها تأثیر بگذارد. در این زمینه مددکاران اجتماعی مبتنی بر دیدگاه بهبودمحور تشخیص می‌دهند که:

- ✓ خود را به عنوان مددکاران اجتماعی بهبودی‌محور شناسایی کرده و مطابق با آن عمل کنند.
- ✓ مددکاران اجتماعی بهبودمحور متعهد به روش‌های خودمراقبتی و جست و جوی حمایت برای توسعه آگاهی، بینش و انعطاف‌پذیری برای مدیریت اثربخش اثرات تروما و آسیب مجدد در زندگی خود هستند.

خط مشی آموزشی ۲:

از اصول اخلاقی مددکاری اجتماعی برای راهنمایی فعالیت حرفه‌ای استفاده کنید.

مددکاران اجتماعی موظفند اخلاقی رفتار کنند و در تصمیم‌گیری اخلاقی شرکت

کنند. مددکاران اجتماعی در مورد اساس ارزش حرفه، استانداردهای اخلاقی و قوانین مربوط آگاه هستند. مددکاران اجتماعی که مبتنی بر دیدگاه بهبودمحور هستند، اذعان دارند که حق تعیین سرنوشت فرد و وظیفه اخلاقی حرفه‌ای مددکاری اجتماعی برای بهترین اقدام به نفع افراد است. مراجع ممکن است در مواقعی دچار تعارض شود (به عنوان نمونه سیاست اجباری بستری شدن در بیمارستان، فرد یک خطر قریب‌الوقوع برای خود یا دیگران تلقی می‌شود)، اما آن چه مهم است این که مددکاران اجتماعی اصول اخلاقی خود را مد نظر قرار دهند و توجه کنند که:

- ♦ صدای مراجع و حق تعیین سرنوشت او را در الویت قرار دهند.
- ♦ استفاده از مداخلات غیر خشونت آمیز، کاهش و یا حذف رویکردهایی که انزوا و محدودیت را گسترش می‌دهد، حمایت کنند.
- ♦ از دستورالعمل‌های پیشرو در حوزه سلامت و بحران برای کمک به مراجعین برای عبور از چالش‌های اخلاقی بالقوه بهره گرفته و از استقلال و انتخاب مراجع حمایت کنند.

### خط مشی آموزشی ۳:

از تفکر انتقادی برای شکل‌دهی و انتقال قضاوت‌های حرفه‌ای استفاده کنید.

مددکاران اجتماعی در مورد اصول منطقی، واکاوی علمی<sup>۱</sup> و قضاوت‌های مستدل<sup>۲</sup> آگاه هستند. مددکاران اجتماعی که در حوزه سلامت روان از رویکرد بهبودمحور بهره می‌گیرند، در ارتباط با مراجعین از یک چشم انداز فردی و شخص‌محور استفاده می‌کنند، دیدگاهی که نشان می‌دهد که آیا عملکرد آن‌ها از مراجع حمایت می‌کند یا خیر و یا این که مطابق با اصول بهبودی هست یا نیست؟. مددکاران اجتماعی

۱ - scientific inquiry

۲ - reasoned discernment

مبتنی بر رویکرد بهبودمحور تشخیص می‌دهند که خانواده‌های مراجعین و سایر افراد مهم وی منابع حیاتی او هستند. مددکاران اجتماعی بهبودگرا تشخیص می‌دهند که خانواده‌های مراجعان و سایر افراد مهم منابع مهمی از دانش و اطلاعات هستند که باید در سرتاسر رابطه گنجانده شوند؛ البته با رضایت مراجع. آن‌ها محدودیت‌های یک مدل پزشکی یا مدل مبتنی بر نقص از بیماری را درک می‌کنند، مدلی که متمرکز بر تصمیم‌گیری پزشک بر روی یک مراجع منفعل است، به نحوی که پزشک مشکل را تشخیص داده و راهکار جهت حل آن را ارائه می‌دهد.

#### خط مشی آموزشی ۴:

#### در نظر گرفتن تنوع و تفاوت در عمل

مددکاران اجتماعی به این نکته توجه دارند که چگونه تنوع و گوناگونی، تجربه انسانی را شکل داده و نقشی مهم در شکل‌دهی به هویت ایفا می‌کند. تنوع و گوناگونی تلاقی عوامل مختلفی از جمله سن، طبقه اجتماعی، رنگ، فرهنگ، ناتوانی، قومیت، جنسیت، هویتی جنسی، مهاجرت، نژاد و سایر عواملی از این دست است. از همین رو مددکاران اجتماعی به تلاقی شرایط روانپزشکی با این تنوع‌ها دقت می‌کنند. مددکاران اجتماعی به نقشی که زبان در تقویت ستم و استیگمازایی در تجربه زیسته افراد با تشخیص‌های روانپزشکی دارد، توجه کرده و آن را درک می‌کنند. به علاوه آن‌ها به این دقت می‌کنند که این گروه از افراد چگونه شرم و ستم را درونی می‌کنند.

#### خط مشی آموزشی ۵:

#### پیشبرد حقوق بشر و عدالت اقتصادی و اجتماعی

هر فردی بدون توجه به موقعیتی که در جامعه دارد دارای حقوق اساسی است از جمله امنیت، حریم شخصی، استانداردهای کافی زندگی، سلامت و آموزش.



مددکاران اجتماعی بهبودگرا از حقوق انسانی و عدالت اقتصادی و اجتماعی افراد با تشخیص‌های روانپزشکی حمایت می‌کنند. مددکاران اجتماعی تأیید می‌کنند که این افراد عوامل تغییر در زندگی‌هایشان و نیز عوامل تغییر در جوامع‌شان هستند. مددکاران اجتماعی تشخیص می‌دهند که افراد با تجربه‌ای از شرایط روانپزشکی اغلب با ستم، انگ و شرم آشکار و قابل توجهی مواجه شده‌اند.

#### خط مشی آموزشی ۶:

#### تعهد به اقدامات پژوهش‌محور و پژوهش‌های اقدام‌محور

مددکاران اجتماعی از تجربه عملی برای شکل‌دهی به پژوهش‌ها بهره می‌گیرند و مداخلات مبتنی بر شواهد را به کار می‌گیرند و از یافته‌های پژوهش برای بهبود عملکرد و ارائه خدمات بهره می‌گیرند. مددکاران اجتماعی نسبت به این موضوع آگاهی دارند که پژوهش‌های کیفی و کمی و نیز دیدگاه‌های اخلاقی و علمی دانش را می‌سازد.

#### خط مشی آموزشی ۷:

#### به کارگیری دانش مربوط به رفتار انسانی و محیط اجتماعی

مددکاران اجتماعی نسبت به رفتار انسان در چرخه‌های مختلف زندگی و نیز سیستم‌های اجتماعی مختلف آگاه هستند و نیز آن‌ها به این آگاه هستند که سیستم‌های اجتماعی مختلف چگونه افراد را در دستیابی به رفاه و سلامت اجتماعی بازداشته و یا تشویق می‌کند. مددکاران اجتماعی از دانش و نظریه‌های مختلف برای درک ابعاد مختلف بیولوژی، اجتماعی، فرهنگی، معنوی و روانی در فرایند رشد بهره می‌گیرند.

## خط مشی آموزشی ۸:

درگیر شدن در سیاست‌گذاری برای پیشبرد رفاه اجتماعی و اقتصادی و ارائه خدمات اثربخش مددکاری اجتماعی

مددکاران اجتماعی به خوبی آگاه هستند که خط‌مشی و سیاست‌ها بر ارائه خدمات تأثیر می‌گذارند و فعالانه در سیاست‌گذاری شرکت می‌کنند. مددکاران اجتماعی می‌دانند که باید تاریخچه و ساختار فعلی سیاست‌ها و خدمات اجتماعی را شناخته و نیز نقش خط‌مشی در ارائه خدمات و نقش اقدامات عملی را در توسعه سیاست‌ها می‌دانند.

## خط مشی آموزشی ۹:

پاسخ دادن به زمینه‌هایی که عمل را شکل می‌دهد

مددکاران اجتماعی در پاسخ‌دهی به زمینه‌های سازمانی، اجتماعی و جامعه‌ای در همه سطوح اقدامات عملی آگاه، مدبر و فعال هستند. مددکاران اجتماعی تشخیص می‌دهند که زمینه اقدامات عملی پویا است و از دانش و مهارت برای پاسخ‌گویی پیش‌قدمانه بهره می‌گیرند.

## خط مشی آموزشی ۱۰:

ارتباط برقرار کردن، ارزیابی، مداخله، و ارزشیابی افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و سازمان‌ها

فعالیت حرفه‌ای شامل فرایندهای پویا و تعاملی برقراری ارتباط، ارزیابی، مداخله و ارزشیابی در سطوح چندگانه است. مددکاران اجتماعی دانش و مهارت‌هایی برای کار با افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع دارند. دانش مربوط به فعالیت شامل تعیین، تجزیه و تحلیل کردن و اجرای مداخلات مبتنی بر شواهد

برای تحقق اهداف مراجع، استفاده از پیشرفت‌های فناورانه و پژوهشی، ارزشیابی نتایج برنامه و اثربخشی فعالیت، توسعه، تجزیه و تحلیل، ترویج عدالت اقتصادی و اجتماعی و .. است.

در ادامه به اجزای هر عنصر پرداخته می‌شود:

#### ✓ ارزیابی

ارزیابی شامل:

- ♦ جمع‌آوری داده، سازمان‌دهی کردن، و تفسیر کردن داده‌ها
- ♦ ارزیابی نقاط قوت و محدودیت‌های مراجع
- ♦ توسعه یک توافق بالغانه بر روی اهداف
- ♦ انتخاب استراتژی‌های مداخلاتی مناسب

#### ✓ مداخله

مداخله شامل:

- ♦ اقدامات آغازین برای دستیابی به اهداف سازمانی
- ♦ به‌کارگیری مداخلات پیشگیرانه که توانایی‌های مراجع را افزایش می‌دهد
- ♦ کمک به مراجع برای حل مشکلات
- ♦ مذاکره، مدافعه و تسهیل‌گری برای مراجعین
- ♦ تسهیل انتقال و پایان

#### ✓ ارزشیابی

ارزشیابی شامل:

- ♦ نظارت بر دستیابی به اهداف و نتایج تعیین شده توسط مراجع
- ♦ کمک به مراجعین که به اطلاعات دست پیدا کنند، آن‌ها را تفسیر کنند تا بتوانند اقدامات‌شان را شکل دهند
- ♦ مشارکت دادن مراجعین در ارزیابی خدمات، برنامه و بهبود کیفیت مشارکت

## منابع:

- ❖ Corcoran, J., & Walsh, J. M. (2011). *Mental health in social work: A casebook on diagnosis and strengths based assessment*. Pearson Higher Ed.
- ❖ Francis, A. (2012). *Journey towards recovery in mental health. Papers in strengths based practice*, 33-19.
- ❖ Francis, A. P. (Ed.). (2014). *Social work in mental health: Contexts and theories for practice*. SAGE Publications India.
- ❖ Graybeal, C. (2001). *Strengths-based social work assessment: Transforming the dominant paradigm. Families in society*, -233 ,(3)82 242.
- ❖ Pulla, V., & Francis, A. P. (2014). *A strengths approach to mental health. Social work in mental health: Contexts and theories for practice*, -126 143.
- ❖ Saleebey, D. (1996). *The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. Social work*, 305-296 ,(3)41.
- ❖ Saleebey, D. (2002). *Community development, neighborhood empowerment, and individual resilience. The strengths perspective in social work practice*, 246-228 ,3.
- ❖ Saleebey, D. (2006). *Strengths perspective in social work practice*, 4/e. The. 24cm. 336p. 5Rev e. pbk, 31.
- ❖ Szasz, T. S. (1961). *The uses of naming and the origin of the myth of mental illness. American Psychologist*, 59 ,(2)16.
- ❖ World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization.

❖ شورای آموزشی مددکاری اجتماعی (۲۰۰۸). <https://www.cswe.org>

❖ سازمان بهداشت جهانی. <https://www.who.int>

❖ فدراسیون جهانی مددکاران اجتماعی (۲۰۱۴). <https://www.ifsw.org>



