

## آشنایی با سنج‌های مددکاری اجتماعی در استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها و پیاده‌سازی آن

### فهرست مطالب

- گروه هدف
- اهداف فراگیری دوره
- ضرورت دوره
- مقدمه
- تعریف مفاهیم
- ✓ مفاهیم مرتبط با اعتباربخشی
- ✓ مفاهیم مرتبط با مددکاری اجتماعی
- استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با مددکاری اجتماعی
- کمیته‌های بیمارستانی
- جمع بندی
- بسته آموزشی
- نقش مددکاران اجتماعی در برنامه ریزی ترخیص و پیگیری پس از ترخیص بیماران در بیمارستان‌ها

**گروه هدف:** مددکاران بهداشتی و درمانی معاونت درمان، مراکز آموزشی درمانی، بیمارستان ها و شبکه های بهداشت و درمان

**اهداف فراگیری دوره:** ارتقاء سطح دانش، نگرش و مهارت فراگیران در زمینه آشنایی با دستورالعمل، بخشنامه ها و سنجه های اعتباربخشی مربوط به مددکاری اجتماعی

**ضرورت دوره:** آشنایی با وظائف گسترده و مهم مددکاران اجتماعی در حوزه های مختلف با توجه به پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی ملی سال ۱۳۹۸

#### مقدمه

ماموریت اصلی بیمارستان ارائه مراقبت و درمان به موقع، ایمن و اثر بخش است. تحقق این مهم نیازمند رهبری و مدیریت کارآمد و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای و بیمار محوری است. در دوره چهارم اعتباربخشی، ۱۹ محور به عنوان مؤلفه های اصلی شناسایی شده اند که مشتمل بر ۱۱۰ استاندارد و ۵۱۴ سنجه به تفکیک ۲۱۴ سنجه در سطح یک، ۲۱۴ سنجه در سطح دو و ۸۶ سنجه در سطح سه است. این مجموعه از استانداردها با توجه به شرایط بومی و به روز رسانی اولویت ها در نظام سلامت بازنگری و به شرایط و عملکرد واقعی بیمارستان ها نزدیک تر شده است. تدوین و استفاده از خط مشی ها، روش های اجرایی و دستورالعمل ها به منظور تبیین سیاست ها و تعهد به روش های اجرایی تدوین شده در هر یک از بیمارستان ها به منظور تحقق نتایج مطلوب و متوازن مورد تاکید نظام نوین اعتباربخشی است.

#### تعریف مفاهیم مرتبط با اعتباربخشی

**اعتبار بخشی:** به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استاندارد های مشخص است. استانداردهائی که بر بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تاکید دارد همچنین «اعتبار بخشی» برای تشریح کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی و به عنوان مبنای تفکر آن به کارگرفته می شود.

**خط مشی و روش:** مجموعه ای از سیاست ها/اصول منتخب سازمان در یک موضوع مشخص همراه با روش انجام کار اتخاذ شده برای اجرای آن سیاست ها می باشد. خط مشی و روش مستندی است که حداقل شامل عناوین، بیانیه سیاست / خط مشی، دامنه، تعاریف، منابع / فرد پاسخگو و نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش و شیوه انجام کار بصورت گام به گام همراه با مسئول و زمان و مکان اجرا می باشد.

**دستورالعمل:** مستندی است برای نشان دادن گام های دقیق انجام یک کار به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام دستورالعمل با جزئیات بیشتری نسبت به روش اجرایی و شیوه و ترتیب انجام یک کار فنی را نشان می دهد و می تواند بصورت نوشتاری و یا تصویری باشد.

**سیاست های اصلی:** عباراتی است که جهت گیری ها و روال کاری و اولویت های بیمارستان را برای اجرای منسجم وظایف تعیین شده نشان می دهد که توسط تیم حاکمیتی تهیه و تصویب و ابلاغ می گردد.

**شاخص:** توصیف کمی است که برای بیان دقیق یک وضعیت و تغییرات یک پدیده و ردگیری پیشرفت برنامه در رسیدن به نتایج مشخص و یا ارزیابی عملکرد بکار رفته و یک راهنما برای تصمیم گیری مدیریتی محسوب می شود. شاخص در برخی از منابع فارسی با عنوان نماگر نیز معرفی شده است و می تواند در ابعاد مختلف اثربخشی و ایمنی و کارایی و رضایتمندی و عدالت و بشردوستی در سطوح مختلف ورودی و خروجی و فرایندی و پیامدی و یا برنامه ای تعریف و اندازه گیری شود.

**فرایندهای اصلی:** فرایند مجموعه ای از فعالیت های متوالی و مرتبط به هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه ریزی شده انجام می گیرد و شروع و خاتمه مشخص داشته و با تعریف ورودی ها و خروجی های آن و تعیین متولی و صاحبان فرایند و ساختار شفاف برای عملکرد ارائه می کند و به شکل افقی در سازمان جریان دارد. فرایندهای سازمانی در سه گروه فرایندهای اصلی و پشتیبانی و مدیریتی قرار می گیرند. فرایندهای اصلی فلسفه وجودی یک سازمان یا واحد را نشان دهد و با مشتری اصلی در ارتباط بوده و ایجاد ارزش افزوده می کند. هر یک از گام های فرایندهای اصلی می تواند شامل یک یا چند فرایند فرعی باشد.

### سطح بندی سنجه ها

سطح یک: اهمیت، حساسیت و امکان تحقق بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه ی فعالیت هر بیمارستان  
سطح دو: امکان تحقق متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستان ها  
سطح سه: امکان تحقق پایین تر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستان ها (در بیمارستان های درجه یک، یک برتر و عالی بررسی می شود).  
سنجه های ستاره دار مرتبط با ایمنی بیمار هستند و از اهمیت ویژه ای برخوردارند.

### تعریف مفاهیم مرتبط با مددکاری اجتماعی

**گروه های هدف مددکاری اجتماعی:** کلیه ی افرادی که خدمات مددکاری اجتماعی را دریافت می کنند یا به این خدمات نیازمند هستند و عبارتند از کودکان، زنان باردار ، افراد ناتوان و معلول، سالمندان ، بیماران روانی ، معلولان جسمی و ذهنی ، افراد بدون سرپرست و مجهول الهویه ، نوزادان رها شده، جمعیت های در معرض خطر ( کودک آزاری ، خشونت علیه زنان ، خشونت علیه سالمندان ، خشونت علیه معلولین ، اقدام به خودکشی، اختلال سایکوتیک، سوءمصرف مواد، بی خانمانی، بیماری خاص، صعب العلاج، مادران پرخطر، بیماران غیر ایرانی فاقد مدرک ، بیماران ایرانی فاقد بیمه دارای مدرک ، اتباع بیگانه

**بیمارستان:** کلیه ی بیمارستان های دولتی و خصوصی تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی

**مددکار اجتماعی:** کلیه ی افرادی که در واحدهای مددکاری اجتماعی بیمارستان ها مشغول به ارائه ی خدمت به بیماران هستند.

**مجهول الهویه:** به افرادی اطلاق می شود که به محض ورود به بیمارستان یکی از سه ویژگی زیر را داشته باشند. اول، فرد فاقد اسناد هویتی بوده و با حکم قضایی ارائه ی خدمات پیشگیری، توانبخشی اجتماعی و مراقبتی و

نگهداری وی به بهزیستی واگذار گردیده است. دوم، نوزاد مجهول الهویه که در بیمارستان به دنیا آمده و یا رها شده اند و نیاز به درمان دارند و متعاقبا تحت پوشش بهزیستی قرار می گیرند. سوم، فرد فاقد اسناد هویتی ( ایرانی و غیر ایرانی) که به دلیل شرایط جسمی مانند پایین بودن سطح هوشیاری، زوال عقل و فراموشی در بیمارستان بستری شده است، همراه و مدارک مستند جهت شناسایی ندارد.

### سنجه های مرتبط با مددکاری در استانداردهای اعتباربخشی:

الف- ۱ - ۹ - ۳: جذب منابع مالی / سرمایه ای از محل مشارکتهای مردمی / موسسه های خیریه بیمارستانی در چارچوب ضوابط مربوط صورت می پذیرد.

#### زیر مجموعه:

تعیین مقدار و سهم کمک های خیرین در برنامه گوناگون بیمارستان در ۵ سال اخیر و هدف گذاری برای سال های آینده

تصویب برنامه های توسعه ای و سایر برنامه هایی که تامین بخشی از منابع مالی آن متکی به خیرین است

تدوین و اجرای برنامه های تبلیغی و ترویجی برای جذب خیرین بیشتر و کمک های بیشتر از خیرین

همکاری موسسه های خیریه به منظور شناسایی نیازهای بیماران و اولویت های توسعه بهسازی و خدمات با واحد مددکاری

تامین هزینه درمان مددجویان بی بضاعت براساس اسناد هزینه یا صورتحساب صادره از سوی امور مالی یا حسابداری با هماهنگی مددکاری

تامین هزینه های ساخت و تجهیز بیمارستان و درمانگاه های تخصصی با تایید تیم رهبری و مدیریت

تامین منابع بازسازی و بهسازی بیمارستان با تایید تیم رهبری و مدیریت

تهیه گزارشهای تحلیلی مالی در تامین کمک های مالی و سرمایه ای از سوی خیرین

#### شرح سنجه:

لازم است ابتدا مقدار منابع مالی خیرین / مشارکت های مردمی و سهم آنها در تامین سرمایه / تولید درآمد بیمارستان در طی چند سال اخیر شناسایی شده و برای سال های بعدی هدف گذاری شود. اعتبارات مناسب و زمان بندی شده برای برنامه های توسعه ای بیمارستان که به تصویب مراجع بالادست ذیصلاح رسیده باشد، تهیه می شود. برنامه های مصوب و زمان بندی تامین مالی بر حسب سلايق خیرین شهرستانی/استانی به ایشان اعلام شده و تقاضای همکاری می گردد. تمامی رخدادهای مالی در سامانه حسابداری درج شده و مدیر مالی گزارش های تفسیری و تحلیلی فصلی در تامین و مصرف اعتبارات به مجمع خیرین و تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ارائه می کند. همچنین لازم است فهرست هزینه های انجام شده و گزارش نهایی

در خصوص ترخیص بیمار که ممهور به مهر حسابداری بیمارستان می باشد را تهیه و در پرونده درج شود . برگزاری جلسات منظم با خیرین و موسسات خیریه در بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان صورت پذیرد. همچنین بکارگیری کارشناسان مددکاری اجتماعی مجرب برای جذب همکاری خیرین توصیه می شود.

در اینجا به نامه وزارتی مبنی بر اینکه مددکار اجتماعی دبیر خیریه های پشتیبان بیمارستانی نمی باشد.

الف- ۵ - ۱ - ۲ سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان پشتیبانی و ارائه اقلام اطلاعاتی مطابق ضوابط مربوط را برای بیماران فراهم می نماید.

زیرمجموعه: قابلیت پشتیبانی سامانه از حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده بستری

شرح: قابلیت پشتیبانی سامانه از مستندات مربوط به مددکاری اجتماعی (فرم های ارزیابی تخصصی، مدیریت مورد، فرم مصاحبه و ..) وجود داشته باشد.

الف- ۵ - ۲ ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از فرم های ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت می پذیرد.

زیرمجموعه:

استفاده از فرم های ابلاغی خدمات مددکاری

شرح : فرم های ابلاغی در خصوص خدمات مددکاری شامل فرم ارزیابی تخصصی مددکار اجتماعی و فرم مدیریت مورد مددکار اجتماعی بدون تغییر در پرونده بستری بیمار موجود است.

ب- ۱ - ۴ - ۲ \* بیماران آسیب پذیر شناسایی و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه می شود.

زیرمجموعه:

ارائه مراقبت و درمان به بیماران آسیب پذیر همانند سایر بیماران بدون دخالت شرایط یاد شده و عدم ایجاد مانع از

ارائه خدمت مطلوب و استاندارد به ایشان

توجه به مخاطرات ایمنی بیماران آسیب پذیر در شناسایی و احراز هویت آنها در تمامی مراحل مراقبت و درمان

حمایت و مدیریت اقدامات توسط مددکاری اجتماعی

## شرح:

منظور از بیماران /مراجعی آسیب پذیر در این سنجه افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک / فیزیکی /روانی /اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.

بیماران سالمند، روانپزشکی /اختلالات ذهنی، معلولیت های جسمی ( بینایی /شنوایی /حرکتی/گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین /بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی ، افراد بیخانمان و ... از این گروه بیماران /مراجعی هستند.

در بیماران سالمند خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند الزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار میگیرند. در کودکان و نوزادان نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در افزایش ریسک و تهدید ایمنی بیمار و نیز سقوط تاثیر دارند. در بیماران دچار اختلالات ذهنی و روانپزشکی خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند الزایمر، دمانس، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و تجویز داروئی و ریسک خودکشی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب و همکاری در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیشگفت مد نظر قرار میگیرند. بیماران دچار معلولیت‌های جسمی (بینایی/شنوایی/حرکتی) به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی یا تکلم از یک سو در معرض خطاهای شناسایی و به علت مشکلات حرکتی و نقص بینایی مواجه با خطر سقوط میباشند. این بیماران از سوی دیگر به سبب اشکال در برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در معرض خطر هستند. بیماران مجهول الهویه به علت اشکال در برقراری و نیز نحوه شناسایی (از نظر شناسه ها و نحوه نامگذاری) در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند. بیماران با اختلال هشیاری به علت اشکال در برقراری و نیز عدم امکان شناسایی فعال در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند. مادران باردار با توجه به بارداری و سلامت مادر و جنین از نظر روش های درمانی، دارودهی و مراقبت ملاحظات خاص خود را دارند. مراجعین /بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان از سویی از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری قبل از بستری و عوارض ناشی از آن و احتمال عدم دسترسی مناسب به همراه / خانواده، و از طرف دیگر پس از ترخیص به علت عدم تمکن مالی در تامین هزینه های مراقبت و درمان ممکن است دچار مشکل شوند. این بیماران /مراجعی از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری پس از بستری و عوارض ناشی از آن احتمالاً آسیب پذیر هستند. این شرایط با مخدوش نمودن تداوم زنجیره مراقبت میتواند باعث تهدید ایمنی بیمار و عدم دریافت پیامد مطلوب از درمان شود.

بیمارستان برای بستری و ارائه خدمات به افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان، افراد بیخانمان و بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی، بایستی ملاحظات دقیقی را مدنظر بگیرد.

✓ پیشگیری از آسیبهای احتمالی ناشی از افراد با رفتارهای پرخطر اجتماعی برای سایر بیماران/مراجعیین و یا ارائه کنندگان خدمت

۱- تمهیدات لازم در خصوص میل ارائه خدمت و بستری مانند ایزولاسیون مناسب این بیماران

۲- تامین ارائه کنندگان خدمت، متناسب با اصول اخلاقی و حفاظتی

۳- تامین تمهیدات/تسهیلات حفاظتی برای ارائه کنندگان خدمت مانند PPE

۴- انتخاب دقیق و رعایت ملاحظات میل بستری این بیماران برای پیشگیری از ایجاد استرس برای بیماران مجاور و احساس نامطلوب برای بیمار به عنوان فرد طرد شده

۵- ارائه خدمت مطلوب و استاندارد به هر یک از بیماران آسیب پذیر به نیوی است که شرایط یاد شده تاثیری بر روند مراقبت و درمان آنها نداشته باشد

۶- ارائه خدمات بدون تبعیض به این افراد

۷- عدم استفاده از هرگونه شاخص /برچسب به منظور مشخص نمودن بیماران/مراجعیین در گروه افراد دارای انگ اجتماعی

ب- ۱ - ۱۲ - ۱ \* ترخیص بیماران به صورت ایمن انجام می شود.

#### زیر مجموعه:

✚ شناسایی بیماران /مددجویان آسیب پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص توسط کارشناسان مددکاری اجتماعی

شرح:

ترخیص ایمن مفهومی همه جانبه برای صیانت از ایمنی بیماران و دستاوردهای مراقبت و درمان در زمان ترخیص است. ترخیص ایمن شامل تمامی ابعاد پیشگیری، ارتقای سلامت و مراقبت و درمان و پیگیری بیماران به منظور صیانت از دستاوردهای مراقبت و درمان پس از ترخیص است.

شناسایی بیماران آسیب پذیر و پرخطر بر اساس سنجه های ۱-۴-۲ و ۱-۴-۳ صورت می پذیرد.

توانمندسازی بیمار در مراقبت از خود با کاهش اتکاء به محیط بیمارستانی و انتقال تدریجی وی به شرایط جامعه یکی از مهمترین اهداف یک ترخیص ایمن می باشد. در نگاهی از بالا به فرایند ترخیص بیمار از بیمارستان چند مولفه به عنوان اجزاء فرایند ترخیص و یا فرایندهای موثر بر آن جلب نظر مینمایند. وضعیت بیمار قبل از بستری در بیمارستان، شرایط بالینی بیمار و حال عمومی وی، خدماتی که در حال ارائه به بیمار میباشد و امکاناتی که بیمارستان بدین منظور تامین نموده و از سوی دیگر ریسکهای متوجه بیمار در یک سوی این طیف قرار دارند. بیماری به دنبال گذران یک دوره حاد بیماری و دریافت

داروهای تزریقی و انفوزیون به صورت مرتب و کنترل مرتب علائم حیاتی و شواهد بالینی و پاراکلینیک اکنون داروهای وی  
تقلیل یافته و به صورت خوراکی داده میشود و توسط خود بیمار استفاده میگردد و کنترل علائم حیاتی وی به یک بار در روز  
رسیده است.

از سوی دیگر طولانی شدن مدت اقامت بیمار در شرایط بیمارستان میتواند ریسک عفونت بیمارستانی، اختلالات خلقی و  
ذهنی و قرار گرفتن در معرض وقایع ناخواسته مختلف مانند سقوط، زخم بستر و خطاهای دارودهی را افزایش دهد. فاز  
بینابینی اقدامات و ملاحظاتی است که قبل از ترخیص بیمار انجام میشود تا تداوم صحت زنجیره مراقبت پس از ترک محیط  
بیمارستان توسط بیمار را تضمین نماید. اطمینان از زمان به صرفه و صلاح بودن قطع مراقبت مستقیم بیمارستانی توسط  
پزشک معالج اهمیت خاص دارد. آموزش اثربخش حین ترخیص یک فرایند کلیدی برای تضمین تداوم مراقبت ایمن بیمار  
است.

از طرف دیگر مقصد ترخیص این بیمار باید مورد توجه قرار گیرد. بیمار از بیمارستان به کجا خواهد رفت؟ وضعیت اقامت،  
مراقبت، برآوردن نیازهای اولیه (مانند اجابت مزاج، خوردن و آشامیدن و بهداشت فردی)، تامین دارو و دارودهی، تغذیه،  
نگهداری، در شرایط پس از ترخیص به چه شکل خواهد بود؟ آیا محیطی که بیمار پس از ترک بیمارستان به آن قدم میگذارد  
به واقع از نظر تداوم زنجیره مراقبت امن است؟ طیف قابل توجهی از بیمارانی که دچار بستری مجدد میگردند و در کمتر از  
یک ماه مجدداً ناچار به پذیرش در اورژانس بیمارستان میشوند افرادی هستند که علیرغم وضعیت مناسب و قابل قبول از نظر  
بالینی به هنگام ترخیص، در ادامه مراقبت در محیط بعدی دچار مشکل گردیده‌اند. این امر به شکل معناداری ارتباط با مقصد  
ترخیص (منزل، خانه سالمندان و...) و طبیعتاً کیفیت مراقبت در آن دارد.

ترخیص و برنامه ریزی برای آن فرایندی تیمی است که اعضای از تخصص های مختلف ارائه کننده خدمات مراقبتی و بالینی  
را شامل می گردد. علاوه بر بیمار و خانواده/مراقبین به عنوان اعضای اصلی و ثابت تیم برنامه ریزی ترخیص، پزشک معالج،  
پزشکان مشاور، پرستار، تیم توانبخشی و فیزیوتراپی، روانشناس، کارشناس/متخصص تغذیه و البته مددکار اجتماعی اعضای  
این تیم مهم هستند.

با توجه به مطالبی که قبلاً در خصوص شرایط اجتماعی، اقتصادی، فیزیکی و روانشناختی بیمار پس از ترخیص و مقصد  
ترخیص وی عنوان شد باید به نقش مددکار اجتماعی به عنوان یک عضو مهم در تیم برنامه ریزی و اجرای ترخیص بیمار  
تاکید نمود. در برنامه ریزی برای ترخیص، مبداء یا محلی که بیمار از آنجا به بیمارستان آورده شده (زندگی به تنهایی، مراکز  
نگهداری و...) حائز اهمیت است.

قبل از ترخیص بیمار و در نزدیکترین زمان ممکن به آن، ارزیابی نهایی وضعیت وی و اطمینان از بیخطر بودن یا داشتن  
حداقل ریسک برای ترک بیمارستان ضروری است. سوای مسائل بالینی و ارزیابی بالینی توسط پزشک ترخیص کننده، مددکار  
اجتماعی وضعیت ذهنی/روانشناختی بیمار را قبل از ترخیص مورد توجه قرار داده وضعیت حمایتی و اقتصادی بیمار پس از  
ترخیص و میزان و نحوه مشارکت خانواده/دوستان/مراقب بیمار پس از ترخیص را با کمک اعضای مرتبط در تیم ترخیص  
(مانند فیزیوتراپیست، روانشناس و...) بررسی می کند. علاوه بر شرایط اقتصادی اجتماعی بیمار، فاکتورهایی مانند علت  
بستری، بیماری های زمینه ای همراه، بیماریهای مزمن و تشخیص نهایی به هنگام ترخیص قطعاً برنامه ریزی برای ترخیص  
بیمار را تحت الشعاع قرار خواهند داد. برنامه ریزی ترخیص بیماران ویژه مانند دیابتی یا قلبی یا روانپزشکی ملاحظات و  
توجهات خاص خود را می طلبد.



به همان ترتیب شرایطی که بیمار پس از ترخیص از بیمارستان در آن قرار خواهد گرفت اعم از نحوه مراقبت در منزل یا مراکز نگهداری مانند مراکز نگهداری سالمندان یا معلولین ذهنی و نیز افراد بیخانمان نقش تعیین کننده در نتیجه مراقبت بیمار خواهد داشت. افراد آسیب پذیر (مانند سالمندان، افراد مقیم مراکز نگهداری، افراد دچار مشکلات روانشناختی یا ذهنی مانند عقب ماندگان ذهنی، بیخانمانها، معتادان و...) دارای ریسک بالاتر نسبت به سایر بیماران پس از ترخیص هستند و توجه ویژه‌ای می‌طلبند. بیمارستان برای این بیماران باید با مشارکت نهادهای اجتماعی مرتبط برنامه داشته باشد و مددکار اجتماعی نقش خویش را در این زمینه به طور کامل ایفا نموده، مدیریت و رهبری بیمارستان نیز حمایت لازم را به عمل آورد.

در خصوص بیماران در معرض خطر علاوه بر اهمیت شرایط پیشگفت و نقش مددکار اجتماعی، جنبه بالینی و عملکرد اعضای بالینی تیم ترخیص نیز اهمیت ویژه خود را دارد. بدیهی است بیماری که در معرض خطر سقوط، خودکشی، زخم بستر، پلی فارمسی و مانند آنها قرار دارد در معرض خطر بالاتری از نظر تهدید ایمنی و سلامتی خود پس از ترخیص نسبت به سایر بیماران می‌باشد. انتظار می‌رود بیمارستان برای ترخیص هر یک از گروههای پیشگفت، پیش نویس یک برنامه مدون و از پیش تعیین شده را داشته باشد تا بر اساس آن برای هر بیمار برنامه ترخیص مناسب را طراحی و اجراء کند.

وجود برنامه ترخیص برای موارد شایع مانند بیماران دیابتی، حوادث عروق مغزی، قلبی، افراد در معرض خطر سقوط، افراد در معرض خطر زخم های فشاری و...، و افراد آسیب پذیر مانند سالمندان، مبتلایان به اختلالات ذهنی و روانپزشکی، مقیمین مراکز نگهداری سالمندان نشانه شناخت تیم مدیریت و رهبری بیمارستان به زنجیره مراقبت و توجه به آن می‌باشد.

ب- ۲- ۲- ۲\* فرایندهای اورژانس پس از تریاژ تا تعیین تکلیف، به نحوی برنامه ریزی شده که اختلال / تاخیری در روند تشخیص و درمان بیماران مشاهده نمی‌شود.

زیرمجموعه:

هماهنگی با واحد مددکاری در خصوص بیماران بدحال/بیهوش/مجهول الهویه بدون همراه و حضور مددکار جهت هماهنگی اقدامات بیمار

شرح:

تریاز مناسب باعث افزایش کیفیت خدمات مراقبتی بیماران، افزایش رضایتمندی، کاهش زمان انتظار و اقامت بیماران، کاهش موارد مرگ و میر، افزایش راندمان و کارایی بخش های اورژانس به موازات کاهش هزینه های مربوطه می‌شود. آنچه در حال حاضر در بخش های اورژانس بیمارستان های کشور مورد توجه قرار می‌گیرد انجام اقدامات در جهت رفع مشکلات و آسیب های فیزیکی است و بعد روانی- اجتماعی بیماری نادیده گرفته شده است. در حالی که مددکاران اجتماعی با ارزیابی شدت مشکلات روانی- اجتماعی، جستجوی فاکتورهای منجر به تشخیص، تدوین و فرموله کردن تشخیص و در نهایت از بین بردن پریشانی، نقش موثری در کاهش این مشکلات دارند.

مراحل تریاژ در مددکاری:

## ۱. تریاژ:

مددکار اجتماعی باید تریاژ بیماران در اورژانس را بلافاصله پس از تریاژ تیم پزشکی آغاز نماید. حداکثر زمان در نظر گرفته شده برای تریاژ بیماران بر اساس نیاز آنها به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی ۸۱ دقیقه است (ارزیابی سریع) تریاژ بیماران بر اساس نیاز آنها به خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی باید برای کلیه بیمارانی که وارد اورژانس می شوند، انجام گیرد.

## ۲. مرور ارزیابی تیم پزشکی:

بلافاصله پس از تکمیل تریاژ تیم پزشکی، مددکار اجتماعی باید نسبت به کسب اطلاعات در مورد شرایط پزشکی بیمار بر اساس گزارش مکتوب و شفاهی تیم پزشکی اقدام نماید. بسیار اهمیت دارد که در مراحل بعدی تریاژ مددکار اجتماعی از پرسیدن سئوالات تکراری که تیم پزشکی قبلاً اطلاعات مربوط به آنها را ثبت کرده اند، خودداری نماید.

## ۳. جمع آوری اطلاعات بر اساس چک لیست:

لازم است مددکار اجتماعی برای کسب اطلاعات در مورد شرایط روانی-اجتماعی بیمار با خود بیمار و یا همراهانش مصاحبه مختصر انجام دهد.

## ۴. تهیه گزارش تریاژ:

مددکار اجتماعی باید گزارش تریاژ را بلافاصله پس از انجام آن در فرم های مرتبط وارد کند. هرگز ثبت گزارش تریاژ را به تعویق نیندازد. لازم است گزارش تریاژ در سیستم HIS نیز ثبت شود. ثبت اطلاعات باید در خصوص بیمارانی صورت گیرد که پرونده پزشکی در اورژانس برای آنها تشکیل شده و اطلاعات اولیه مربوط به آنها در سیستم HIS موجود می باشد.

ب- ۲ - ۴ - ۵ عملکرد اورژانس در حوزه های بالینی و غیر بالینی بطور مستمر ارزیابی، روند ارائه خدمات از نظر مؤثر و به موقع بودن بازنگری و ارتقا می یابد.

## زیرمجموعه:

✚ حمایت مددکاری از بیماران بی خانمان / مجهول الهویه / آسیب پذیر اجتماعی در روند تشخیص و درمان و تا مرحله انتقال به بخش های بستری / ترخیص

## شرح:

مددکار اجتماعی باید از بیماران بی خانمان، مجهول الهویه و آسیب پذیر حمایت نماید، خلاصه اقدامات مددکار اجتماعی می تواند به شرح ذیل باشد:

✓ لازم است مددکار اجتماعی از طریق راند مددکاری اجتماعی و یا ارجاع توسط مترون، سوپروایزر، سرپرستار، مسئول پذیرش یا پرستار تریاژ اورژانس مطلع شود

- ✓ کلیه ی بیمارانی که به عنوان مجهول الهویه در سامانه اطلاعاتی بیمارستان ثبت می شوند می بایست مورد ارزیابی مددکار اجتماعی قرار گیرند
- ✓ شیوه ی ارزیابی این بیماران شامل مصاحبه با بیمار، مشاهده ی وضعیت، مطالعه ی پرونده ی بالینی و کسب اطلاع از پزشک و تیم درمان می باشد
- ✓ طی ۲۴ ساعت اولیه از حضور فرد مجهول الهویه، مددکار اجتماعی از طریق واحد انتظامات بیمارستان مراتب را به نیروی انتظامی ( پلس ۱۱۰ ) اطلاع رسانی کرده تا در بیمارستان حضور یافته و صورتجلسه ی لازم را تنظیم نمایند و اقدامات لازم در خصوص شناسایی فرد مجهول الهویه یا نوزاد رها شده از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام گیرد .
- ✓ مددکار اجتماعی مکاتبات لازم را با واحد حقوقی بیمارستان یا شبکه ی بهداشت و درمان انجام داده تا کلیه ی پیگیری های قانونی توسط این واحد انجام شود در صورتیکه واحد حقوقی در بیمارستان مستقر نباشد مددکار اجتماعی می تواند از طریق مکاتبه مستقیم با مقام قضایی نسبت به کسب مجوزهای لازم اقدام نماید
- ✓ در مورد نوزادان رها شده و افراد مجهول الهویه ی تحت پوشش بهزیستی، مددکار اجتماعی نسبت به پیگیری بیمه ی درمانی بیمار از طریق نمایندگان بیمه در بیمارستان اقدام می نماید لازم است معرفی نامه بیمه ی سلامت از سوی بیمارستان صادر شده و اسناد این بیماران در قالب صندوق سایر اقشار ، برای ادارات کل بیمه ی سلامت ارسال شود
- ✓ در مورد نوزادان رها شده که مجهول الهویه محسوب می شوند، لازم است به اورژانس اجتماعی ۱۲۳ اطلاع داده شده و حکم قضایی در مورد سرنوشت نوزاد توسط اورژانس اجتماعی اخذ شود
- ✓ به استناد سنجه ی ج ۲ - ۵ - ۱ در خصوص جذب و حمایت خیرین برای تامین هزینه های مددجویان، بیمارستان طی برنامه ای مشخص با همکاری واحد مددکاری شناسایی بیماران دارای ناتواناییهای جسمی و اختلالات روانی، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست را انجام داده و پس از ترخیص، روند درمانی / تشخیصی / توانبخشی را از طریق تلفنی / حضوری در خصوص مصرف دارو و ویزیت پزشکی و سایر نیازمندی های مددجویان را پیگیری می نماید.

**ج- ۱ - ۱ - ۲ خبرهای ناگوار پزشکی با رعایت اصول اخلاق بالینی و روشهای از پیش تعیین شده با بیمار / ولی قانونی در میان گذاشته می شود.**

#### زیرمجموعه:

- ✚ تبیین روشهای اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی با محوریت کمیته اخلاق بالینی
- ✚ آموزش نحوه اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران با محوریت کمیته اخلاق بالینی به پزشکان و پرستاران و سایر افراد واجد شرایط
- ✚ آگاهی پزشکان و پرستاران و سایر افراد واجد شرایط از نحوه اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران

✚ اطلاع رسانی خبر ناگوار به بیمار یا قییم قانونی وی بر اساس بر روش های از پیش تعیین شده و اخلاق حرفه ای و منش انسانی

شرح:

کمیتة اخلاق بالینی بایستی با مشارکت تیم مددکاری اجتماعی و دریافت مشاوره از یک روانشناس، دستورالعملی مدون در خصوص روش های اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی تدوین نماید همچنین افراد /مشاغل واجد شرایط برای اعلام خبرهای ناگوار به بیمار /قییم قانونی وی توسط این کمیته شناسایی و در خصوص آموزش آنها برنامه ریزی لازم به عمل آید.

دستورالعمل پیشنهادی برای ارائه خبر ناگوار	
عنوان دستورالعمل: آموزش نحوه اطلاع رسانی خبر ناگوار	
دامنه دستورالعمل: کلیه ی بخش های درمانی و اورژانس	
شماره دستورالعمل:	تاریخ آخرین بازنگری:
شماره ویرایش:	تاریخ آخرین ابلاغ:
تعداد صفحات:	
<p><b>تعاریف:</b></p> <p><b>خبر بد یا ناگوار:</b> اخبار ناگوار هر نوع اطلاعاتی است که به طور منفی انتظارات فرد نسبت به آینده را مخدوش می کند، یا اخباری که منجر به نقص شناختی، رفتاری یا هیجانی در فردی می شود که این اخبار را دریافت کرده است، به صورتی که این نقص تا مدتی بعد از دریافت خبر بد ادامه دارد. اخبار ناگوار به صورت ذهنی تعیین می شوند و ممکن است بسته به تجارب شخصی فرد، به طرز متفاوتی ادراک شوند.</p> <p>منظور از اخبار ناگوار در این دستورالعمل، خبر مربوط به فوت، تشخیص بیماری صعب العلاج و یا لاعلاج، قطع عضو، ضایعه نخاعی و موضوعات مشابه است.</p>	
<p><b>هدف: اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران با رعایت موازین اخلاق بالینی</b></p>	
<p>۱. اصول ارائه ی خبر ناگوار عبارتند از: تخلیه و برون ریزی هیجانی، حمایت اجتماعی و مقابله تطبیقی. توانایی به اشتراک گذاشتن عواطف منفی ناشی از حادثه تروماتیک، مرحله مهمی از بهبودی است. شبکه های حمایت اجتماعی نیز در ابتدا برای فرد قربانی، حمایت، همراهی، اطلاعات، و کمک های مادی را مجدداً برقرار می کنند. مقابله تطبیقی شامل تغییر در مهارت های شناختی و رفتاری با تأکید بر جمع آوری اطلاعات، انتظارات معقول اجرایی، و کسب مهارت است.</p> <p>۲. معمولاً خانواده ها انتظار دارند تیم درمان به موارد زیر توجه کند: همدلی تیم درمان، صداقت و شفافیت آنها، دادن فرصتی به خانواده ها برای پرسیدن سؤالاتشان، رویت جسد بیمار و ارجاع دادن آنها به امور بعدی. این کار</p>	

باید به صورت تیمی انجام شود.

۳. ضرورت دارد پزشک معالج اطلاعات مربوط به تشخیص، روند و پیشرفت بیماری را به بیمار و یا خانواده وی ارائه نمایند.
۴. در بسیاری موارد بیمار و یا خانواده وی اصرار خواهند کرد که به صورت تلفنی در مورد وضعیت بیمار اطلاعاتی را دریافت نمایند. در پاسخ به اصرارهای آنها توضیح دهید که لازم است به صورت حضوری و توسط پزشک معالج جزئیات دقیق تری در مورد فرایند درمان بیمار به آنها اطلاع داده شود.
۵. در مورد بیمارانی که قییم قانونی دارند (افراد زیر ۱۸ سال، محجورین و ...)، لازم است که خبر ناگوار به قییم قانونی ایشان ارائه شود.
۶. در زمان ارائه ی خبر بد آرامش خود را حفظ کنید، لازم است بنشینید و به این نکته توجه داشته باشید که استرس شما به سرعت به بیمار و خانواده وی منتقل می شود و می تواند تنش را در فرایند مداخله در بحران افزایش دهد. با اعضای خانواده تماس چشمی برقرار کنید.
۷. از بیمار و یا خانواده وی بپرسید در مورد فرایند بیماری و درمان آن چه می دانند. به عنوان مثال "فکر می کنی برای چی ازت ام. آر. آی گرفته شده است؟" یا "در مورد شرایط پزشکی ات چه چیزهایی بهت گفته شده است؟" . اطلاعات بیمار و یا خانواده وی را در مورد تشخیص، روند درمان، جزئیات مربوط به بیماری و نتایج آزمایش های بالینی بررسی کنید. این کار به شما کمک می کند تشخیص دهید در مرحله بعدی باید چه اطلاعاتی در اختیار آنها قرار داده شود.
۸. باید به زبان خود بیمار و خانواده اش با آنها حرف زده شود. به این ترتیب لازم است در صورتی که با زبان بیمار و یا خانواده وی آشنا نیستید، از قبل هماهنگی های لازم را برای حضور مترجم انجام دهید. مطمئن شوید که اعضای تیم مداخله در بحران از کلمات و اصطلاحات تخصصی استفاده نمی کنند و در صورتی که از چنین کلماتی استفاده می کنند، آنها را برای بیمار و یا خانواده وی توضیح می دهند.
۹. لازم است از اعلام یکباره و بی پرده Bad News اجتناب شود. به این منظور لازم است اطلاعات در زمینه تشخیص، روند درمان، جزئیات مربوط به بیماری و نتایج آزمایش های بالینی بیمار به تدریج در اختیار خانواده قرار داده شود.
۱۰. در صورتی که تشخیص یا روند درمان کنونی از قطعیت برخوردار نیست، لازم است از عنوان کردن جمله هایی مانند "دیگه کاری از دست ما برنمیاد" به طور جدی پرهیز شود.
۱۱. بی تردید بیمار و یا خانواده وی در مواجهه با خبر ناگوار واکنش های هیجانی نشان خواهند داد. واکنش های بیمار و یا خانواده وی را مشاهده کنید. این واکنش های هیجانی ممکن است به شکل های مختلفی بروز کند. سکوت، ناباوری، گریه کردن، انکار و یا خشم و عصبانیت از جمله مهمترین اشکال واکنش های هیجانی در چنین موقعیت هایی هستند. در بسیاری موارد بیمار و یا خانواده وی در مواجهه با خبر ناگوار علائم شوکه شدن، در خود فرورفتن و یا سوگواری را نشان می دهند. لازم است با آنها همدلی کنید. در صورتی که بیمار و یا خانواده بعد از شنیدن خبر ناگوار سکوت کردند، لازم است از آنها بپرسید که دارند به چه چیزی فکر می کنند و یا چه احساسی

دارند. پرسیدن این سوالات باز به آنها کمک می کند که بتوانند هیجانات خود را متناسب با خبر ناگواری که دریافت کرده اند، بروز دهند.

۱۲. شرایطی را فراهم کنید که بیمار و خانواده وی بتوانند هیجانات خود را بروز دهند. اجازه دهید گریه و سوگواری کنند اما لازم است مراقب باشید هیجاناتی مانند خشم موجب آسیب به خود یا دیگران و یا متشنج کردن فضای بیمارستان نشود.

۱۳. افرادی که درگیر شرایط بحرانی می شوند، استرس را تجربه می کنند. مهم است که بتوانید از تکنیک هایی که در کوتاه مدت می توانند به مدیریت استرس کمک کنند، استفاده کنید (به عنوان مثال از فردی که دچار استرس شده است، بخواهید بنشینند و نفس عمیق بکشند و به تدریج بازدم را انجام دهد. فضای اطراف را آرام نگهدارید چراکه ازدحام و سروصدا می تواند موجب افزایش استرس فرد شوند. یک روش ساده و کوتاه مدت دیگر برای کاهش استرس این است که شرایط را به گونه ای فراهم کنید که اطلاعات به اندازه به فرد داده شود. به خاطر داشته باشید کمبود اطلاعات معمولاً به استرس فرد دامن می زند. به فرد اجازه دهید در مورد آنچه نگرانش می کند حرف بزند و در عین حال به او کمک کنید بدون اینکه به خود یا دیگری آسیب برساند، برون ریزی هیجانی را انجام دهد و ...).

۱۴. از بیمار و یا خانواده وی بپرسید آیا کسی هست که بخواهند با وی تماس گرفته شود تا در شرایط کنونی به آنها کمک کند؟ در صورتی که آنها فرد یا افرادی را به شما معرفی کردند، با افراد مورد نظر تماس بگیرید و پس از معرفی خود و توضیح مختصر در مورد علت تماس، از آنها بخواهید به محل بیمارستان مراجعه کنند.

۱۵. در صورتی که بیمار و یا خانواده خبر ناگوار و مشکل ایجاد شده را انکار کردند، از تکنیک های مواجهه استفاده کنید. لازم است قبل از استفاده از این تکنیک ها تیم مداخله در بحران بهترین شیوه مواجهه و عوارض احتمالی آن را بررسی و انتخاب کند. مهم است که واکنش های بعدی بیمار و یا خانواده در مواجهه با خبرنگار توسط تیم مداخله در بحران پیش بینی شوند و اقدامات لازم برای مراقبت های ضروری انجام گیرند. به عنوان مثال در صورت احتمال اقدام به خودکشی در مورد بیماری که خبر ابتلا به بیماری سرطان به وی داده شده است، لازم است تیم مداخله در بحران ملاحظات لازم برای پیشگیری از اقدام به خودکشی را مد نظر قرار دهد.

۱۶. در برخی موارد بیمار و یا خانواده وی برای طی سایر مراحل نیاز به حمایت یابی و یا ارجاع دارند. به عنوان مثال نباید از والدینی که خبر فوت فرزندشان را به آنها داده اید، انتظار داشته باشید بتوانند به راحتی مراحل اداری تحویل گرفتن متوفی را انجام دهند. در چنین موقعیتی لازم است شرایط را برای آنها تسهیل کنید. یا در صورتی که تغییر شرایط بیمار موجب شده است که به خدمات درمانی و یا حمایتی متفاوتی نیاز داشته باشد، لازم است اقدامات لازم را برای ارجاع و حمایت یابی انجام دهید.

کارکنان مرتبط: کلیه ی پزشکان، پرستاران، مسئولین بخش های درمانی، سوپروایزر، مترون، مددکار اجتماعی، روانشناس

مسئولیت ها و اختیارات :

منابع و امکانات: اتاق پذیرش متوفی، لیوان و پارچ آب، دستمال کاغذی، صندلی به تعداد کافی

منابع و مراجع: پروتکل مداخله در بحران (خبر بد) مددکاری اجتماعی		
تهیه کنندگان:	تایید کننده:	تصویب کننده:

ج- ۱ - ۵ - ۱ مددکار اجتماعی نیازهای مددجویان را شناسایی و برای بیماران آسیب پذیر اجتماعی برنامه های حمایتی دارد.

زیرمجموعه:

تدوین خط مشی و روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار

آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش

عملکرد کارکنان منطبق با خط مشی و روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان

شرح:

مدیریت و برنامه ریزی خدمات مددکاری اجتماعی از طریق ده خط مشی انجام می شود که در ادامه به جزئیات هر یک از آنها اشاره می شود.

#### ۱- نحوه شناسایی و مشارکت صاحبان فرایند مددکاری اجتماعی

۱-۱: مددکاری اجتماعی باید برای شناسایی سریع و به موقع گروه های آسیب پذیر از دو فرآیند راند و تریاژ استفاده کند.

۲-۱: تریاژ در اورژانس بیمارستان انجام شده و براساس اولویت کسب شده، برنامه ی مداخله ای تهیه و تنظیم می شود.

۳-۱: افراد نیازمند به خدمات مددکاری، از طریق واحد های ترخیص و پذیرش، منشی بخش ها، واحد انتظامات، روسای بخش های بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران به صورت تلفنی، یا حضوری در فرآیند راند به مددکار اجتماعی معرفی می شوند.

۴-۱: فهرستی از گروه های هدف واحد مددکاری تهیه شده و در اختیار کلیه ی بخش های بیمارستان قرار می گیرد.

۵-۱: تمامی موارد ارجاعی از بخش ها در سیستم HIS ثبت می شوند و مددکار جهت انجام ارزیابی های تخصصی و تدوین برنامه های مداخله ای بر بالین بیمار حاضر می شود.

## ۲- ملاک ها و روش های ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان توسط مددکار اجتماعی

۱-۲: مددکار اجتماعی باید به منظور ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان از ابزارهای مختلفی مانند مشاهده، مصاحبه و بازدید منزل استفاده نماید.

۲-۲: مددکار اجتماعی در راند روزانه بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار را مورد ارزیابی تخصصی قرار می دهد .

۳-۲: مددکار اجتماعی پرونده ی پزشکی بیمار را مطالعه نموده و در صورت لزوم با پزشک و پرستار بیمار نیز صحبت می کند و اطلاعات مورد نیاز را از آنان کسب می نماید.

۴-۲: در صورت لزوم جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد بیمار، پیگیری های برون سازمانی انجام می شود.

۵-۲: مددکار اجتماعی بایستی پس از جمع آوری اطلاعات فرم هایی که به منظور ارزیابی وضعیت بیمار وجود دارد را تکمیل نموده و به عنوان مستندات در پرونده ی بیمار بایگانی کند.

۶-۲: هر مددکار اجتماعی بنا به تجربه و دانش حرفه ای خود از معیارهای مشخصی جهت سنجش استحقاق بیماران استفاده می کند که ممکن است به صورت چک لیست یا فرم های مدون در این واحد وجود داشته باشد.

## ۳- تعیین معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی

۱-۳: بخشی از معیارهای شناسایی مددجویان از طریق دستورالعمل های مشخص در قالب حمایت از بیماران نیازمند، سرطانی، خاص، سوختگی، مجهول الهویه و نوزاد رها شده به واحدهای مددکاری ابلاغ شده است و مددکاران اجتماعی موظفند در چارچوب تعیین شده نسبت به خدمت رسانی برای این بیماران اقدام نمایند.

۲-۳: هر مددکار اجتماعی با توجه به شرایط فرهنگی و بومی که در آن زندگی می کند معیارهای شخصی شده ای نیز برای شناسایی بیماران نیازمند دارد که بر گرفته از تجارب کاری و شخصی وی می باشد. از آنجا که مددکاران اجتماعی افراد حرفه ای و آموزش دیده ای هستند بخش مهمی از ارزیابی ها با تکیه بر تجارب فردی آنها که آمیخته با قضاوت های حرفه ایست صورت می گیرد.

۳-۳: مراجعین واحد مددکاری از طریق ارجاع درون بخشی (به صورت تلفنی یا ثبت در سامانه اطلاعاتی بیمارستان) و یا ارجاع از نهادها و موسسات دولتی و خصوصی، در فرآیند راند و تریاژ و یا به صورت خود معرف شناسایی می شوند.



۳-۴: فرم های طراحی شده در پروتکل های شش گانه ی خدمات مددکاری جهت ارزیابی وضعیت اجتماعی، اقتصادی بیماران مورد استفاده قرار می گیرند و با استناد به این فرم ها، شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری انجام می شود.

۳-۵: مسئولیت بررسی صحت نیازمندی بیمار بر عهده ی مددکار اجتماعی می باشد و سایر پرسنل درمانی و اداری بیمارستان شایستگی مداخله در تصمیمات حرفه ای در حوزه ی احراز نیازمندی بیماران را ندارند.

#### ۴- نحوه اطلاع رسانی معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی به

##### بخشهای مختلف بیمارستان

۴-۱: مددکار اجتماعی موظف است فهرستی از گروه های هدف تهیه کرده و در اختیار مسئولین بخش ها و مدیر پرستاری قرار دهد.

۴-۲: مددکار اجتماعی در راندهای روزانه، کمیته های بیمارستانی و جلسات آموزشی، فهرست این گروه ها را با کارکنان بالینی مرور می کند. همچنین می تواند از آموزش های درون بیمارستانی برای آگاه سازی پرسنل استفاده نماید.

۴-۳: مددکار اجتماعی در قالب مکاتبات اداری، کلیه ی پرسنل بیمارستان را از گروه های هدف و معیارهای نیازمندی (به صورت کلی) آگاه می کند.

۴-۴: مددکار اجتماعی فرآیند خدمت رسانی را به طور شفاف ترسیم کرده و در اتاق خود در معرض دید مراجعه کنندگان و همراهان قرار می دهد.

#### ۵- نحوه هماهنگی بخشهای مختلف بیمارستان با مددکاری برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب

##### پذیر اجتماعی با استفاده از سامانه اطلاعات بیمارستان

۵-۱: کلیه ی بخش های بیمارستان جهت ارجاع بیمار نیازمند به خدمات مددکاری با ورود به پرونده ی بالینی بیمار در سامانه ی HIS و همچنین از طریق تماس تلفنی و یا در فرآیند راند مراتب نیازمندی و شرح خدمت مورد نیاز را به مددکار بیمارستان اطلاع دهند.

۵-۲: مددکار اجتماعی از طریق گزارش گیری از سامانه ی مورد نظر و بررسی پذیرش های جدید، گزارش مربوط به بیمار را دریافت نموده و جهت پیگیری های بیشتر بر بالین بیمار حاضر می شود.

#### ۶- شناسایی، اولویت بندی و برنامه ریزی نیازهای بومی و شایع بیماران در بیمارستان توسط واحد

##### مددکاری

۶-۱: مددکار اجتماعی کلیه ی اطلاعات مربوط به دریافت کنندگان خدمت را در قالب فایل اکسل، جمع بندی کرده و آمار و اطلاعات استخراج شده را هر ماه به معاونت درمان دانشگاه ارسال می نماید. نتایج حاصل از این آمارگیری

باعث شناسایی بیماری های شایع و نیازهای بومی منطقه ی محل خدمت می شود. مددکاری جامعه ای شیوه ی مناسبی برای تدوین و برنامه ی مداخله ای می باشد.

۲-۶: لازم است مددکار اجتماعی این نیازها را اولویت بندی کرده و براساس نوع نیاز و گروه هدف، برنامه ریزی های لازم را در جهت تصحیح فرآیندهای خدمت رسانی و افزایش حداکثری حمایت یابی های درون و برون سازمانی انجام دهد.

۳-۶: مددکار اجتماعی می تواند در راستای رفع نیازهای شناسایی شده از خدمات سایر سازمان های امدادی رفاهی و موسسات خیریه و مشارکت های مردمی نیز استفاده نماید.

۴-۶: بخشی از نیازهای شناسایی شده از طریق خدمات سایر مراکز بهداشتی و درمانی و در قالب برنامه های پیشگیرانه ی خانه های بهداشت قابل برطرف شدن هستند. در این زمینه مددکار اجتماعی می تواند از طریق مکاتبات اداری این نیازها را به مراکز مربوطه اطلاع رسانی کند.

۵-۶: لازم است مددکار اجتماعی کلیه ی مستندات پیگیری ها و مکاتبات صورت گرفته را بایگانی نموده و در کمیته های بیمارستانی مطرح کرده و مصوبات لازم را پیگیری نماید.

#### **۷- نحوه هماهنگی با نهادها، سازمانها و موسسات مرتبط خارج از بیمارستان و استفاده مناسب از**

##### **خدمات آنها برای حمایت از مددجویان**

۱-۷: مددکار اجتماعی باید بانک اطلاعاتی از نام و مشخصات نهادها، سازمان ها و موسسات مرتبط با بیمارستان مشخصات فرد پاسخگو در سازمان مورد نظر را تهیه کند. آدرس و شماره تلفن های تماس از مواردی است که باید در این بانک اطلاعاتی وجود داشته باشد.

۲-۷: واحد حسابداری بیمارستان موظف است بانک اطلاعاتی مربوط به خیرین بیمارستان را در اختیار مددکار اجتماعی قرار دهد.

۳-۷: لازم است که مددکار اجتماعی از دستورالعمل ها و شیوه ی کار سازمان های خیریه و حمایتی آگاهی کامل داشته و از طریق تماس تلفنی یا مراجعه ی حضوری ارتباط مناسبی را با این سازمان ها برقرار نماید.

۴-۷: مددکار اجتماعی به عنوان رابط بین سازمانی باید اهداف این ارتباط را برای دو طرف به صورت مشخص و شفاف توضیح داده و در صورت لزوم از تفاهم نامه های بین سازمانی برای تسهیل فرآیندهای کاری استفاده نماید.

۵-۷: در صورتی که برای ارائه ی خدمات بیشتر یا تکمیلی به ارجاع برون سازمانی بیماران نیاز باشد، این کار باید بصورت مکتوب و با تکمیل فرم ارجاع انجام شود. در این فرم مبدا و مقصد و هدف ارجاع توسط مددکار بیمارستان مشخص می شود و با ذکر آدرس و شماره تماس سازمان مقصد، در اختیار مراجعه کننده قرار می گیرد. فرم های ارجاع در واحد مددکاری بایگانی شوند.

۶-۷: توصیه می شود در سازمان مقصد ( سازمانی بیرون از بیمارستان که مراجعه کننده به آنجا ارجاع داده می شود) رابطی تعیین شود تا پیگیری مکاتبات با دقت و سرعت بیشتری انجام شود.

۷-۷: استفاده از جلسه های کاری مشترک و ارائه ی آمار و ارقامی از نتایج همکاری های صورت گرفته و بیان مشکلات احتمالی و برنامه ریزی در راستای اصلاح آن، می تواند هماهنگی های بیرون سازمانی را تقویت کند. توصیه می شود این جلسات با هماهنگی مددکار اجتماعی بیمارستان و با هدف بهبود کیفیت ارائه ی خدمات به مراجعین نیازمند و استفاده ی حداکثری از منابع اجتماعی برگزار شود.

#### **۸- نحوه ارائه خدمات مددکاری به بیماران مجهول الهویه، بی خانمان و بدون همراه**

۱-۸: لازم است مددکار اجتماعی از طریق مترون، سوپروایزر، مسئول پذیرش یا پرستار اورژانس مطلع شود.

۲-۸: کلیه ی بیمارانی که به عنوان مجهول الهویه در سامانه اطلاعاتی بیمارستان ثبت می شوند باید مورد ارزیابی مددکار اجتماعی قرار گیرند.

۳-۸: شیوه ی ارزیابی این بیماران شامل مصاحبه با بیمار، مشاهده ی وضعیت، مطالعه ی پرونده ی بالینی و کسب اطلاع از پزشک و تیم درمان می باشد.

۴-۸: مددکار اجتماعی/ سوپروایزر و مترون/ مسئول حفاظت فیزیکی، وسایل شخصی بیمار را با هدف یافتن کارت شناسایی، آدرس، شماره تلفن و تعیین هویت وی بررسی می نمایند و صورتجلسه با امضای حاضرین تهیه می شود.

۵-۸: طی ۲۴ ساعت اولیه از حضور فرد مجهول الهویه، مددکار اجتماعی مراتب را به نیروی انتظامی (پلیس ۱۱۰) اطلاع رسانی کرده تا در بیمارستان حضور یافته و صورتجلسه ی لازم را تنظیم نمایند و اقدامات لازم در خصوص شناسایی نوزاد از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام گیرد.

۶-۸: مددکار اجتماعی مکاتبات لازم را با واحد حقوقی بیمارستان یا شبکه ی بهداشت و درمان انجام داده تا کلیه ی پیگیری های قانونی توسط این واحد انجام شود.

۷-۸: در مورد نوزادان رها شده و افراد مجهول الهویه ی تحت پوشش بهزیستی، مددکار اجتماعی نسبت به پیگیری بیمه ی درمانی بیمار اقدام می نماید. لازم است معرفی نامه بیمه ی سلامت از سوی بیمارستان صادر شده و اسناد این بیماران در قالب صندوق سایر اقشار زیر صندوق مجهول الهویه، برای ادارات کل بیمه ی سلامت ارسال خواهد شد.

۸-۸: در مورد بیمارانی که بنا به شرایط جسمی اطلاعات هویتی آنها مشخص نیست، پیگیری هویت یابی از طریق واحد حقوقی و پلیس آگاهی انجام خواهد شد و برای بیمه ی این بیماران مطابق با استاندارد سامانه سپاس اقدام خواهد شد. هزینه ی بیمه ی این بیماران با توجه به قرار داد بیمارستان از محل تنخواه واحد حسابداری و یا درآمد حاصل از مشارکت های مردمی و خیرین با هماهنگی مددکار اجتماعی پرداخت خواهد شد.

۸-۹: پس از صدور بیمه نامه برای این بیماران، صورتحساب بیمارستان براساس سهم بیمه ی سلامت به میزان ۹۰ درصد صادر می گردد.

۸-۱۰: در مورد نوزادان رها شده که مجهول الهویه محسوب می شوند، لازم است به اورژانس اجتماعی ۱۲۳ اطلاع داده شده و حکم قضایی در مورد سرنوشت نوزاد اخذ شود.

۸-۱۱: مددکار اجتماعی موظف است فرم مدیریت مورد و ارزیابی تخصصی را برای بیمار مجهول الهویه تکمیل نموده و کلیه ی فعالیت ها و مداخلات صورت گرفته را بصورت مشروح در فرم ها مستند نموده و در پرونده ی بالینی بیمار، بایگانی شود.

۸-۱۲: در صورتی که بیمار به تجهیزات پزشکی، انجام آزمایش های مستمر و خدمات توانبخشی و مراقبتی در منزل نیاز داشت، برنامه ی پیگیری توسط مددکار اجتماعی تهیه خواهد شد.

#### **۹- نحوه و محدوده حمایت های مالی از مددجویان نیازمند**

۹-۱: کلیه ی حمایت های مالی از بیماران نیازمند باید پیرو دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و درمان باشد و شامل بیماران نیازمند، خاص، سرطانی، سوختگی، بیماران اعصاب و روان و بیماران با نیازهای ویژه است.

۹-۲: تخفیف هزینه درمانی بیماران سرپایی و بستری و با بررسی و تشخیص مددکار اجتماعی و مطابق با دستورالعمل ها و ردیف های بودجه ای ابلاغی انجام می گردد.

۹-۳: برای هر تخفیف هزینه مددکار اجتماعی موظف است وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار را بررسی و گزارش آن را در فرم مدیریت مورد ثبت نماید. در صورت لزوم فرم های ارزیابی تخصصی و ارزیابی روانی اجتماعی نیز برای بیماران تکمیل می شود.

۹-۴: تمامی تخفیفات ارائه شده توسط واحد مددکاری بیمارستان باید در موعد مقرر در سایت های تعیین شده توسط وزارت بهداشت و درمان ثبت گردد.

۹-۵: در صورت نیاز افراد نیازمند و آسیب پذیر به تجهیزاتی مانند ساکشن، تشک موج و سایر برای نگهداری فرد آسیب دیده از حوادث در منزل توسط مددکار اجتماعی شناسایی شده و به سازمان بهزیستی، موسسات خیریه و افراد خیر معرفی گردند.

۹-۶: در صورت نیاز بیماران آسیب پذیر به انجام خدمات پاراکلینکی در خارج از مرکز مانند آزمایش و سونوگرافی و یا به تهیه تجهیزات مورد نیاز عمل جراحی و یامورد نیاز در بخش مانند پوشک وسایر وسایل ، با گزارش مددکاری و هماهنگی با مدیریت و حسابداری و یا از محل مساعدت های مردمی و افراد خیر اقدام می شود.

۹-۷: مددکار اجتماعی می تواند بیماران نیازمند را از محل منابع مالی جمع آوری شده از خیرین و مشارکت های مردمی نیز مورد حمایت قرار دهد. همچنین هزینه ی لازم جهت صدور بیمه ی درمانی برای بیمارانی که فاقد بیمه

هستند نیز از محل همین اعتبارات تامین شود. لازم است مجموع هزینه ها به تأیید واحد حسابداری رسیده و در بانک اطلاعاتی واحد مددکاری ثبت و نگهداری شود.

۸-۹: عملکرد ماهیانه ی مددکاری اجتماعی در حوزه ی حفاظت مالی بیماران به تأیید ریاست بیماران رسیده و هر سه ماه برای معاونت درمان ارسال گردد.

۹-۹: لازم است مددکار اجتماعی در تهیه ی فهرست اقلام و وسایلی که بیماران به آن نیازدارند با واحد های مربوطه همکاری نماید.

#### اشاره و توضیح تکمیلی در خصوص حمایت اقتصادی بر اساس دستورالعمل جدید ذکر نکات کلیدی

### ۱۰- نحوه ارزیابی عملکرد مددکاری اجتماعی و بازنگری مستمر روشها به منظور بهبود مستمر

#### خدمات مددکار

۱۰-۱: عملکرد واحد مددکاری به صورت مستقیم و از طریق عملکرد روزانه این واحد که در دفاتر و فرم های مربوطه ثبت و نگهداری می شود قابل ارزیابی است. مددکار اجتماعی موظف است هر روز راند بخش را انجام داده و فرم های ارزیابی تخصصی را برای بیماران نیازمند به خدمات حرفه ای تکمیل نماید و در پرونده ی بالینی بایگانی نماید، رویت فرم های مصوب تکمیل شده و گزارش گیری از سامانه اطلاعاتی بیمارستان در ارزیابی واحد مددکاری مورد توجه قرار گیرد.

۱۰-۲: مسئولین مربوطه مانند کارشناس استانی و یا مدیریت بیمارستان می توانند از فرم ها و چک لیست های ویژه ای برای ارزیابی استفاده کنند.

۱۰-۳: مقایسه ی روند کار واحد مددکاری و میزان دستیابی به اهداف سازمانی، رضایت مندی بخش ها، تنظیم خط مشی ها و روش های کاری، نمره ی ارزشیابی سالیانه و نمره ی کیفی واحد مددکاری نیز از جمله آیتم هایی است که در روند ارزیابی باید مورد توجه قرار می گیرد. ذکر چند الگوی ارزیابی و ارائه رفرنس

**ج-۱-۵-۲ جذب و حمایت خیرین برای تامین هزینه مددجویان برنامه ریزی و انجام می شود.**

#### زیرمجموعه:

✚ ایجاد بانک اطلاعات مراکز/موسسات خیریه و اشخاص حقیقی و حقوقی خیر، و سایر سازمان ها و سامانه های

حمایتی از مددجویان

✚ برنامه ریزی در خصوص شناسایی و جذب منابع خیرین برای حمایت اجتماعی و مالی از مددجویان

شرح:

بیمارستان با برنامه ریزی های معین راه های شناسایی، آشناسازی و جلب حمایت خیرین داوطلب جهت تامین هزینه بیماران بی بضاعت را فراهم می نماید.

ج- ۱ - ۵ - ۳ مددکاری و حمایت از مددجویان در صورت لزوم و در موارد خاص پس از ترخیص از بیمارستان برنامه ریزی و ادامه می یابد.

زیرمجموعه:

تعیین ملاک هایی برای شناسایی بیماران نیازمند به حمایت های مددکاری پس از ترخیص  
برنامه ریزی جهت پیگیری و اطمینان از ادامه روند درمان در موارد خاص و بیماران نیازمند پس از ترخیص

شرح:

بیمارستان طی برنامه ای مشخص شناسایی بیماران دارای ناتوانایی های جسمی و اختلالات روانی، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست را انجام داده و پس از ترخیص، روند درمانی/ تشخیصی/ توانبخشی را از طریق تلفنی/ حضوری در خصوص مصرف دارو و ویزیت پزشکی و سایر نیازمندی های مددجویان را پیگیری، ترخیص می نماید. همچنین هماهنگی لازم در ارجاع بیماران بی خانمان یا بد سرپرست به مراجع حمایتی در بهزیستی به عمل آورده و از انجام اقدامات تا مرحله اخذ خدمات توسط مددجو اطمینان حاصل می نماید. وجود واحد ارائه خدمات در منزل، در بیمارستان و تامین مالی از سوی خیرین یا مدیریت بیمارستان می تواند به تداوم خدمت رسانی به بیماران نیازمند پس از ترخیص کمک نماید.

### کمیته های بیمارستانی

حداقل جلسات مشترک / مستقل مورد انتظار در استاندارد اعتباربخشی شامل کمیته های ذیل است:

- کمیته پایش و سنجش کیفیت
- کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات
- کمیته اخلاق بالینی
- کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و بهداشت محیط
- کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار
- کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر
- کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و اقتصاد درمان
- کمیته مرگ و میر و عوارض و زیر کمیته های مربوط
- کمیته طب انتقال خون
- کمیته ارتقای راهبردی خدمات بخش اورژانس

مددکار اجتماعی با توجه به صلاحدید ریاست و مدیریت بیمارستان می تواند در هر کدام از کمیته های فوق شرکت نماید.

جمع بندی

در جمع بندی کلی استانداردهای اعتباربخشی نقش مددکار اجتماعی به دو دسته تقسیم می شود:

### ۱. نقش های غیر مستقیم

- ✓ پژوهشگری در عرصه بهداشت و درمان
- ✓ همکاری و عضویت در تیم درمان و کمیته های بیمارستانی
- ✓ مستندسازی
- ✓ جذب منابع مالی

### ۲- نقش مستقیم

- ✓ حمایت مالی- رفاهی- روانی- اجتماعی
- ✓ آموزش دهنده
- ✓ رابط
- ✓ ارائه دهنده خدمت
- ✓ راهنما و مشاور
- ✓ برنامه ریز ترخیص و پیگیری پس از ترخیص
- ✓ ارزیابی و استحقاق سنجی
- ✓ مداخله در بحران
- ✓ مدافع مراجعین و سیستم

### و به طور کلی

تاثیرات مداخلات مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی شامل موارد زیر است:

- افزایش دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی- درمانی بخصوص گروه های آسیب دیده و آسیب پذیر
- کاهش مدت زمان بستری و پیشگیری از بستری مجدد بخصوص بیمارهای مزمن (از طریق ترخیص ایمن، پیگیری پس از ترخیص، آموزش در حیطه های فردی و اجتماعی به بیمار و مراقبین وی)
- کاهش هزینه های تحمیلی به نظام سلامت (افزایش ضریب اشغال تخت، استفاده از مشارکت های مردمی و...)
- افزایش نرخ رضایتمندی گیرندگان خدمت
- کاهش استرس ها، تنش ها، احساسات منفی و تقویت آرامش خانواده بیماران
- دستیابی مددجویان به استقلال نسبی (از طریق تمرکز بر نقاط قوت و افزایش توانمندی در تطابق با شرایط ایجاد شده پس از بروز بیماری)

# بسه آموزش

## نقش مددکاران اجتماعی در برنامه ریزی ترخیص و پیگیری پس از ترخیص بیماران در

### بیمارستان ها

#### تعاریف عملیاتی

برنامه ریزی ترخیص ایمن: برنامه ریزی ترخیص مداخله‌ای برای نگهداری و مراقبت از دستاوردهایی است که حین بستری به دست آمده‌اند. برنامه ریزی ترخیص را می‌توان فرایندی پویا و جامع و مشارکتی دانست که باید از زمان بستری آغاز شود و هدف آن تعیین روند ادامه درمان مراجعه‌کنندگان پس از ترخیص و ارائه خدمات و حمایت‌های او است.

پیگیری پس از ترخیص: پیگیری پس از ترخیص یکی از فعالیت‌های مهم مددکاران اجتماعی در حمایت از گروه‌های آسیب پذیر می‌باشد و نقش مهمی در کاهش پذیرش مجدد بیماران و کاهش هزینه‌های بهداشت و درمان دارد (Brown & Swope, 2015).



پیگیری پس از ترخیص از ۷-۱۰ روز پس از ترخیص بیمار آغاز می‌شود و طی یکماه اول پس از ترخیص حداقل با دو تماس تلفنی و بازدید از منزل می‌بایست از وضعیت بیمار مطلع شد و شرایط وی را در پرونده درج کرد (پروتکل های خدمات پایه) و در صورت نیاز حمایت‌های لازم را فراهم نماید تا از بهبود و حل مشکل بیمار اطمینان حاصل نمایند.

**مددکار اجتماعی:** مددکاران اجتماعی به‌عنوان عضوی از تیم برنامه‌ریزی ترخیص نقش مهمی در خصوص ارزیابی و شناسایی شرایط اجتماعی، اقتصادی، فیزیکی و روانشناختی بیمار پس از ترخیص و مقصد ترخیص دارند. و مداخلات لازم جهت افزایش توانمندی بیماران و پیشگیری از بستری مجدد در مراکز درمانی انجام می‌گردد.

## تاریخچه برنامه‌ریزی ترخیص

در سال ۱۹۸۶ در قالب سند تلفیق بودجه اومنیوس<sup>۱</sup> به همه بیمارستان‌ها اجازه داده شد فرایند برنامه‌ریزی ترخیص بیماران را داشته باشند. هدف اصلی این قانون تسهیل ترخیص سریع بیماران بود (شارپ، ۱۹۹۱)<sup>۲</sup>. در نتیجه نقش برنامه‌ریز ترخیص در حال حاضر به‌طور کامل تثبیت شده و در ساختار بیمارستان‌های کنونی تلفیق شده است (ایگلهارت، ۱۹۹۰)<sup>۳</sup>. برنامه‌ریزی ترخیص بسیار پیچیده و چالش‌برانگیز می‌باشد چون به ارتباط و همکاری بین بیمار، خانواده و یا مراقبت‌کننده، کارکنان بیمارستان و سازمان‌های خدمات اجتماعی نیاز دارد. مددکاران اجتماعی نقش کلیدی در جلب مشارکت اعضای تیم، بیمار و خانواده‌ی وی دارد.

انجمن بیمارستانی آمریکا (۱۹۸۴) برنامه‌ریزی ترخیص را به‌مثابه فرایند بین‌رشته‌ای تعریف می‌کند که توسط عناصر اساسی زیر تعریف شده است:

۱. تشخیص اولیه درباره‌ی بیمارانی که احتمالاً نیاز به مجموعه‌ای از مراقبت‌های بعد از بیمارستان دارند.

۲. شناسایی اولویت‌های بیمار برای مراقبت بعد از بیمارستان

۳. آموزش بیمار و خانواده

۴. ارزیابی بیمار و خانواده و مشاوره با آنان

۵. برنامه‌ریزی، توسعه و هماهنگی منابع اجتماعی موردنیاز برای اطمینان از تداوم مراقبت بعد از ترخیص

۶. پیگیری بعد از ترخیص به‌منظور اطمینان از خدمات و دستیابی به نتایج برنامه تعیین شده

در بسیاری از بیمارستان‌ها این فعالیت‌ها در حیطه بخش مددکاری اجتماعی قرار دارند، گرچه بخش پرستاری نیز در این کار دخیل است. برنامه‌ریزی پرستاران برای ترخیص پرهزینه‌تر از برنامه‌ریزی توسط مددکاران اجتماعی است مهم‌ترین دلیل آنرا می‌توان به علت دسترسی مددکاران اجتماعی به منابع اجتماعی بیان کرد (اوزاوا و لا ۱۹۹۳، روزنبرگ ۲۰۰۲). از منظر مددکاری اجتماعی، برنامه‌ریزی ترخیص جنبه‌ای از فعالیت حرفه‌ای است که به بیماران کمک می‌کند با بیماری‌شان و اثرات آن انطباق پیدا کنند، از نظام بیمارستانی خارج شوند و در نهایت با تمام

1. Omnibus Budget Reconciliation Act

2. Sharpe

3. Iglehart

حمایت‌های لازم برای بدست آوردن سلامت خود به خانه بازگردند. این خدمت شامل ارزیابی نیازهای فردی، تدوین یک برنامه ترخیص مناسب و ایمن و اجرای آن است، به گونه ای که از سلامتی و رفاه بیمار و ارایه خدمات به موقع ایمنی و سلامت بیمار را به شیوه‌ای به موقع اجرا می‌کند تا از خدمات اطمینان حاصل شود. (جوان بدر، ۲۰۰۶).

پس از پذیرش بیمار در اکثر واحدهای بیمارستانی و پزشکی عمومی، انتظار می‌رود که مددکاران اجتماعی به شناسایی و ارزیابی نیازهای بیمار برای شروع فرایند ترخیص بپردازند. «مهارت‌ها، ارزش‌ها و منابع مددکاران اجتماعی، آنان را قادر می‌سازد در نقش برنامه‌ریز عمل کنند زیرا آنها مدافع و حامی مددجویانشان هستند. آنان شناخت و درک کافی از محدودیت‌های خط مشی‌ها و اخلاق سازمانی دارند. آنان تداوم مراقبت را از طریق دانش برقراری ارتباط تضمین می‌کنند. آنان بر هزینه‌ها و تکرار خدمات در داخل موسسات بهداشتی و درمانی خودشان نظارت می‌کنند.» هدف اصلی برنامه‌ریزی ترخیص این است که مددکار اجتماعی به خوبی به نیازهای فردی شده‌ی هرکدام از بیماران بپردازد و مراقبت‌های لازم برای او و یا مراقبش در بیرون از بیمارستان نظیر حضور در منزل فراهم کند. به‌طور کلی، این برنامه نیاز دارد که مددکار اجتماعی دانش روان‌شناسی داشته باشد تا رویکرد زیستی- روانی- اجتماعی برای مراقبت به کار برد و به طیف گسترده‌ای از نیازهای بیمار و خانواده اش بپردازد و مهارت‌ها و جهت‌گیری‌های پزشکی و سایر متخصصان بهداشتی را تلفیق نماید. مددکار اجتماعی همچنین باید دانش و شبکه‌ای از خدمات مبتنی بر جامعه را داشته باشد و بداند که چگونه این خدمات به بهترین وجه می‌تواند در دسترس باشد و در خدمت بیمار بعد از ترخیص قرار گیرد (همان منبع).

این پرسش که مددکاران اجتماعی در عمل چه کاری را می‌توانند در برنامه‌ریزی ترخیص انجام دهند توسط کادوشین و کولیس (۱۹۹۳)<sup>۴</sup> در پژوهششان از ۸۰ مددکار اجتماعی در ۳۶ بیمارستان پرسیده شد. یافته‌های آنان نشان می‌دهد ارائه خدمات منسجم بعد از ترخیص اساسی‌ترین و ضروری‌ترین جز و تمرکز اصلی در برنامه‌ریزی ترخیص است. ترتیبات چنین خدماتی ممکن است شامل مراقبت بهداشتی در منزل، تجهیزات پزشکی، حمل‌ونقل یا تحویل وسایل و داروهای پزشکی باشد. شدت نیاز بیمار و خانواده ممکن است دستیابی و استفاده از تمام خدمات به‌هم‌پیوسته را ضروری می‌سازد و یا تنها ایجاد بخش کوچکی از کار و خدمات برنامه ترخیص را شامل شود.

در بیمارستانهایی با نمودار یک بیمار نیازمندتر، مددکاران اجتماعی ممکن است ساعت‌های طولانی تلاش کنند تا بیمار را به منابع ضروری پیوند دهند. مشاوره پیرامون ترخیص درباره بیماری و تجربه بیماری زمان زیادی را از مددکاران اجتماعی در این مطالعه نمی‌گرفت، مشاوره‌ای که انجام می‌شد بر مشارکت بیماران و اعضای خانواده در تصمیم‌گیری متمرکز بود تا آنان را قادر سازد به سطحی از کنترل بر وضعیت بعد از ترخیص دست یابند. سایر فعالیت‌های مددکاران اجتماعی در ارتباط با برنامه‌ریزی ترخیص، شامل ارزیابی منابع مالی، روانشناختی و اجتماعی در دسترس برای بیمار و خانواده، هماهنگی با سایر کارکنان پزشکی برای تسهیل طرح ترخیص، مستند سازی برای تهیه ی یک گزارش کتبی درباره ی نیازهایی که بیمار دارد و کارهایی که باید برای برآوردن این

4 . Kadushin and Kulys

نیازها انجام شود، فعالیت‌های به‌هم پیوند دهنده با منابع بر دریافت خدمات برای بیماران و خانواده‌ها بعد از ترخیص بود (دزیگیلوسکی و کالینوسکی، ۲۰۰۴؛ کادوشین و کولیس، ۱۹۹۳). به نقل از چوان بدر).

### اهداف برنامه ریزی ترخیص

- اطمینان از تداوم مراقبت از کیفیت بین بیمارستان و جامعه
- کاهش مدت اقامت در بیمارستان
- کاهش بستری مجدد غیرمترقبه در بیمارستان
- بهبود هماهنگی خدمات پس از ترخیص از بیمارستان

### ساختار برنامه ریزی ترخیص

در سال ۱۹۸۵، Mckeehan و Coulton ساختار طبقه بندی شدند به برنامه ریزی ترخیص غیررسمی و برنامه ریزی رسمی ترخیص. برنامه ریزی ترخیص غیررسمی توسط پزشک معالج و پرستار اولیه بدون پیروی از هرگونه دستورالعمل‌ها و روش برنامه ریزی ترخیص و بدون هیچ گونه ارتباطی بین بیمارستان و جامعه انجام شده و هیچ سابقه برنامه ریزی ترخیص ثبت نمی‌شود. در برنامه ریزی رسمی ترخیص، فرآیند برنامه ریزی ترخیص به صورت سازمان یافته بر اساس روش و دستورالعمل برنامه ریزی ترخیص، ارتباط خوب بین بیمارستان و جامعه، است، بیمار و خانواده در مشارکت می‌کنند و جزییات برنامه ریزی ترخیص موجود است (lin & et all, 2012).

### فرایند ترخیص ایمن

مقابله با مشکلات رفتاری، مداخله در بحران، سازماندهی جلسات خانواده و حمایت‌یابی (Craig & Muskat, 2013)، برنامه‌ریزی برای ترخیص (Linton, Ing, Vento & Nakagawa, 2015)، ارزیابی روانی و اجتماعی، آموزش، حمایت، مشاوره، مداخله در بحران و امداد رسانی جامعه‌ای (Cowles & Lefcowitz, 1992; Cowles & Lefcowitz, 1995; Herbert & Levin, 1996) از جمله نقش‌های مددکاران اجتماعی در بیمارستان است. در این بسته به بطور مختصر به ترخیص ایمن و پیگیری پس از ترخیص اشاره می‌شود.

برنامه‌ریزی برای ترخیص ایمن، یک کار تیمی که می‌توان به‌عنوان "مدیریت مداوم" در بیماری‌های بالینی مزمن و پیچیده تلقی نمود. برنامه‌ریزی ترخیص ایمن، ایجاد یک طرح ترخیص فردی برای آمادگی اولیه بیمار جهت خروج از بیمارستان است که هدف آن حفظ هزینه‌ها و بهبود بیماران است. در برنامه‌ریزی برای ترخیص ایمن می‌بایست اطمینان حاصل شود که بیماران در زمان مناسب و با دانش کافی از بیمارستان ترخیص شده‌اند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که یک برنامه ترخیص ساختاری با توجه به نیازهای فردی بیمار احتمالاً موجب کاهش در طول مدت اقامت بیمار و افزایش رضایتمندی بیمار می‌شود. فرایند برنامه‌ریزی ترخیص بررسی نیازهای بیمار طی بستری در بیمارستان به‌منظور تعیین تداوم مراقبت بعد از ترخیص را درگیر می‌کند. فرایند ترخیص ایمن شامل:

### ▪ ارزیابی فیزیکی

- روانی - اجتماعی
- آموزش با محوریت خانواده
- مشاوره به بیماران و خانواده
- ارجاعات و هماهنگی با سایر افراد تیم بهداشتی
- و سپس پیگیری به منظور ارزشیابی برنامه ترخیص می‌باشد.

برنامه‌ریزی ترخیص در حقیقت نوعی حلقه ارتباطی بین بخش بستری و مداخلات ذکر شده است. به عبارت دیگر، برنامه‌ریزی ترخیص مداخله‌ای برای نگهداری و مراقبت از دستاوردهایی است که حین بستری به دست آمده‌اند برنامه‌ریزی ترخیص را می‌توان فرایندی پویا و جامع و مشارکتی دانست که باید از زمان بستری آغاز شود و هدف آن تعیین روند ادامه درمان مراجعه‌کنندگان پس از ترخیص و ارائه خدمات و حمایت‌های او است.

ترخیص و برنامه‌ریزی برای آن فرایندی تیمی است که اعضای از تخصص‌های مختلف ارائه‌کننده خدمات مراقبتی و بالینی را شامل می‌گردد علاوه بر بیمار و خانواده/ مراقبین به‌عنوان اعضای اصلی و ثابت تیم برنامه‌ریزی ترخیص: پزشک معالج، پزشکان مشاور، پرستار، تیم توانبخشی و فیزیوتراپی، روانشناس، کارشناس/ متخصص تغذیه و البته مددکار اجتماعی اعضای این تیم مهم هستند. آن‌ها بیمارانی را که ممکن است به مراقبت‌های حاد نیاز داشته باشند، را شناسایی می‌کنند، برنامه مراقبت خود را ارائه می‌دهند و بر مراقبت در وضعیت حاد نظارت می‌کنند. انجام دادن برنامه‌ریزی ترخیص کننده، منجر به اثرات مثبت بسیار زیادی در ترخیص بیماران شده و باعث منتقل شدن ایمن و مناسب بیمار بعد از ترخیص می‌شود. (Swope C. Brown H, 2015)

نمودار شماره یک فعالیت‌های برنامه‌ریزی ترخیص را نشان می‌دهد که به‌طور معمول در هر مرحله از بستری صورت می‌گیرد.

## فرایند برنامه‌ریزی برای ترخیص ایمن بیماران مراجعه‌کننده در وضعیت حاد

بیمار ارزیابی می‌شود " برای  
سطح خطر، نیازهای بعد از  
ترخیص

کنترل بیمار، با هرگونه نیاز  
اضافی از جمله ارتباط و ارائه مشاوره

انتخاب ارائه دهنده ی خدمات در  
وضعیت حاد توسط بیمار از بین  
پیشنهاد ارائه شده توسط برنامه ریز  
ترخیص

پذیرش و ارزیابی

مدت اقامت در  
بیمارستان

ارجاع در وضعیت حاد

انتقال در وضعیت حاد

© ایجاد برنامه مراقبت مقدماتی؛ آغاز برنامه  
ریزی برای نیازهای پس از ترخیص



تیم مدیریت مورد، مراقبت در  
وضعیت حاد را به عنوان مقصد  
ترخیص توصیه می‌کنند



برنامه ریز ترخیص ارجاع می  
دهد، اطلاعات بیمار فرستاده می  
شود.



### نمونه موضوع‌های بحث

- موانع برنامه ترخیص
- تصمیمات بالینی که باید گرفته شود، به آن احتیاج دارد؟
- شناسایی نیازهای قبل از ترخیص، به‌عنوان مثال آموزش دیابت
- دستورات جدید دارویی
- به‌روزرسانی‌های پزشکی، به‌عنوان مثال نتایج اسکن
- نحوه دستیابی به منابع اجتماعی در مواقع مورد نیاز؟



### وظایف اصلی برنامه ریزان ترخیص

- هماهنگی با برنامه ریزان ترخیص به منظور هماهنگی و ارتقا ارائه خدمات موثر
- کسب اطلاعات از بیمار، خانواده و همراهان موثر وی به منظور انجام فرایند ریزی ترخیص
- برقراری ارتباط با واحدها و موسسات با نامه و ایمیل و تلفن به منظور ارجاع مناسب افراد به برنامه ریزی ترخیص
- صحبت با بیمار و گیرندگان خدمات درباره مشکلات مختلف در ارائه خدمات حمایتی و کاهش نگرانی ها
- بیان و ابراز فهم و درک احساسات و نقطه نظرات و نیازها به منظور برقراری ارتباط و کسب اعتماد
- ثبت و بروزرسانی اطلاعات درباره افراد، فرم های در حال استفاده و کامپیوتر به منظور ایجاد و به روز رسانی چارت ، سوابق و مستند
- مرور ابزار های کار ( بازدید و ملاقات) به منظور برنامه ریزی برای فعالیتها و قرار دادن الویتها برای کار گیرندگان
- شرکت در تیم درمان یا دیگر جلسات به منظور ارتقای اطلاعات، تجمیع گزینه ها و انتخاب اقدام
- گفتگو و مطرح کردن گزینه ها با افراد به منظور کمک به آنها در درک گزینه ها و حل مشکلات خاص
- آنالیز کیس و زمینه های پزشکی، مشاوره با افراد به منظور دستیابی به برنامه ریزی ترخیص و ارائه کمک مالی
- کار با افراد و گیرندگان خدمت به منظور فراهم کردن خدمات روانی اجتماعی در ترخیص

- برای کسب اطلاعات و به منظور کسب راهنمایی و یا بازخورد در برخورد با بیماران، مراقبان و / یا گیرندگان خدمت با سرپرستان و یا / همکاران خود تعامل کنید
- بررسی سوابق پرونده، سوابق پزشکی به منظور ارزیابی فرایند درمان و برنامه ریزی ترخیص
- بررسی اطلاعات در مورد شرایط زندگی بیمار ( امنیت، خطرات و منابع ) به منظور ارزیابی مناسب شرایط زندگی بر روی ترخیص
- تعیین عوامل خطر بر موقعیت افراد به منظور تصمیم گیری در موارد اضطراری یا اداره موقعیت‌های معمول و ارجاع در موارد لزوم
- اقدامات و تصمیمات خود را ارزیابی کنید تا مشخص شود فعالیت‌های حرفه ای شما هستند یا خیر (رعایت استانداردها، ارزش ها و اخلاق برای کیفیت کار)
- همکاری با بیماران / اعضای خانواده بدون تعامل خصمانه به منظور جلب همکاری آنها در برنامه ریزی ترخیص یا اهداف درمانی
- توصیف و توضیح روال های بیمارستانی، نقش مراقبین مختلف و بیمارستان، سیاست های مربوط به بیماران / مراقبان برای کمک به آنها در تنظیم برنامه ترخیص
- تشویق و کمک به مردم برای بحث در مورد دیدگاه ها، احساسات و نیازهای خود به منظور افزایش بینش خود در مورد دلایل اقداماتشان .

به بیماران / مراقبان در مورد قرار ملاقات‌های بعدی و فالو آپ راهنمایی کنید و در مورد نحوه دریافت خدمات پزشکی اگر مشکل دارید توجه کنید

### مدل مراقبت بیمار – محور<sup>۵</sup>

یکی از مدل های کارآمد و جدید به منظور افزایش رضایت گیرندگان خدمت و اثربخش بودن مداخلات تیمی در مراکز درمانی مدل مراقبت بیمار- محوری است. در ادامه بطور مختصر به آن اشاره می شود. این مدل یک مداخله پیچیده است که مراقبت مشترک را با تمرکز بر هماهنگی مراقبت ارائه می دهد. اعضای تیم بر دو بخش مهم بطور جداگانه عمل می کنند: تمرکز بر ترخیص ایمن و تمرکز بر پیگیری پس از ترخیص. اولی بیمارانی که بستری هستند را هدف قرار داده است و مورد دوم بر بیماران ترخیص شده متمرکز است. اصلی ترین وظیفه تیم، مدیریت روزانه کار تیمی و اطمینان از پشتیبانی و خدمات مناسب و به موقع بیماران را به عهده دارد ( Trine S Bergmo , 2016)

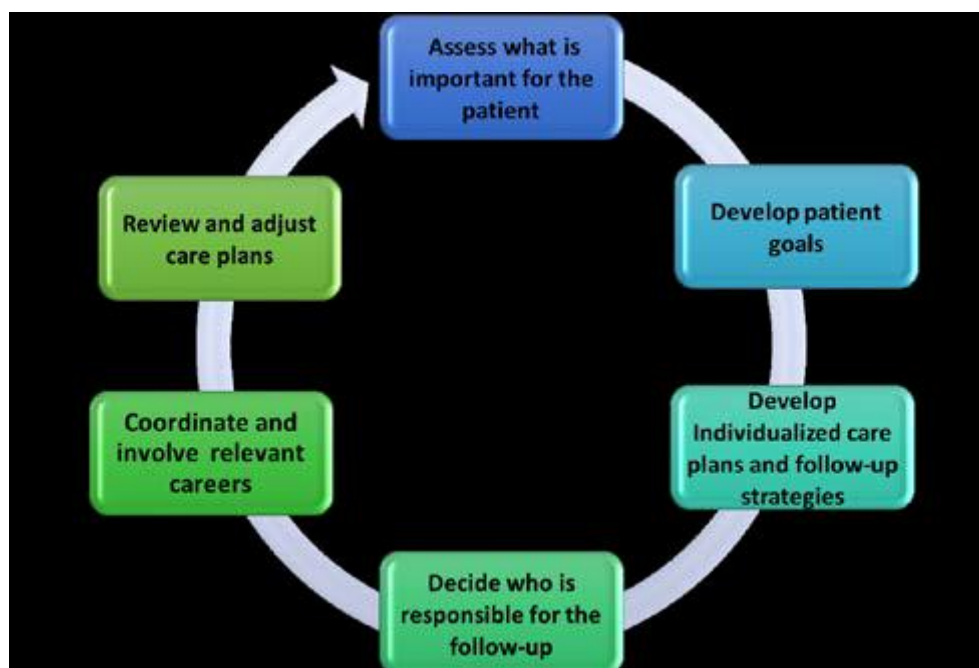
مدل بیمار محور شامل چهار وظیفه اصلی است:

۱. شناسایی بیماران دارای نیازهای ویژه برای مراقبت‌های هماهنگ.
۲. انجام ارزیابی نیازهای بیمار محور برای تسهیل برنامه های مراقبت شخصی
۳. انجام پروتکل های پیگیری.
۴. برگزاری اولین جلسه برای هماهنگی و ادغام مراقبت از بیمار با ارائه دهندگان خدمات

<sup>۵</sup> The patient-centred healthcare model

در مرحله نخست پس از راه‌اندازی، تیم به طور فعال حضور خود و خدمات‌شان را از طریق بازدید، پرستاران بخش، دیگر ارائه‌کنندگان خدمات اجتماعی و بخش‌های بیمارستان و کلینیک‌ها معرفی کرد. ارائه‌کنندگان خدمات اجتماعی و بخش‌های بیمارستان و کلینیک‌ها معرفی کرد. به این تیم فضای فیزیکی در بیمارستان اختصاص داده شده است و برای برنامه ریزی فعالیت‌ها و بحث در مورد بیماران، دو جلسه روزانه برنامه ریزی شده است. در جلسات تیمی، این تیم بازدیدهای خانگی خود را انجام می‌دهد به بیماران بستری مراجعه می‌کند در جلسات هماهنگی شرکت می‌کند، بیماران را ارزیابی می‌کند و برنامه‌های پی‌گیری را دنبال می‌کند، گزارش‌های موردی می‌نویسد و سوابق بیمار را به روز می‌کند. بیماران از طریق تلفن، ارجاع الکترونیکی و نامه‌های معمولی به این تیم مراجعه می‌کنند. اغلب زمانی به تیم مراجعه می‌کنند که در بیمارستان بستری هستند

این تیم نیازهای هر بیمار براساس آنچه که بیماران به آن اهمیت می‌دهند را ارزیابی می‌کند. این تیم همچنین عوامل خطر و تهدید کننده عود و همچنین نیاز به کمک‌های ویژه را ارزیابی می‌کند. علاوه بر این، این تیم تداوم مراقبت را در بیمارستان و در طول مرحله انتقال از بیمارستان به خانه تضمین می‌کند. تیم تا زمانی که خدمات پیگیری کافی انجام شود، مسئول بیماران است. شکل ۲ مراحل اصلی در مدل بیمار محور را نشان می‌دهد (Trine S Bergmo , 2016)



### توسعه‌ی رویکرد مؤثر در برنامه‌ریزی ترخیص

• نقش‌های برنامه‌ریزی ترخیص را مشخص کنید: ارائه‌دهندگان باید درک عمیقی از ساختار تیم ایجاد کنند. این امکان تمرکز روی کارکنان که باید همکاری کنند را ایجاد می‌کند و از ایجاد مزاحمت برای کارمندان شغلی که نمی‌توانند در بخش موردنظر کمک کنند جلوگیری می‌کند.



• درک چالش‌های برنامه‌ریز ترخیص: ارائه‌دهندگان باید درک عمیق از روند برنامه‌ریزی ترخیص را توسعه دهند. این امر به آن‌ها امکان می‌دهد که چالش‌ها و نیازهای برنامه‌ریزان ترخیص - پیش‌نیاز برای پرداختن به آن‌ها را درک کنند.

مددکاران اجتماعی به‌عنوان عضوی از تیم برنامه‌ریزی ترخیص نقش مهمی در خصوص ارزیابی و شناسایی شرایط اجتماعی، اقتصادی، فیزیکی و روانشناختی بیمار پس از ترخیص و مقصد ترخیص دارند. در برنامه‌ریزی برای ترخیص، مبدأ یا محلی که بیمار از آنجا به بیمارستان آورده شده (زندگی به‌تنهایی، مراکز نگهداری و ...) حائز اهمیت است. قبل از ترخیص بیمار و در نزدیک‌ترین زمان ممکن به آن، ارزیابی نهایی وضعیت وی و اطمینان از بی‌خطر بودن یا داشتن حداقل ریسک برای ترک بیمارستان ضروری است. مددکار اجتماعی وضعیت ذهنی/روان‌شناختی بیمار را قبل از ترخیص موردتوجه قرار داده وضعیت حمایتی و اقتصادی بیمار پس از ترخیص و میزان و نحوه مشارکت خانواده/دوستان/مراقب بیمار پس از ترخیص را با کمک اعضای مرتبط در تیم ترخیص (مانند فیزیوتراپیست، روانشناس و ...) بررسی می‌کند.

لازم به ذکر است شرایطی که بیمار پس از ترخیص از بیمارستان در آن قرار خواهد گرفت اعم از نحوه مراقبت در منزل یا مراکز نگهداری مانند مراکز نگهداری سالمندان یا معلولین ذهنی و نیز افراد بیخانمان نقش تعیین‌کننده در نتیجه مراقبت بیمار خواهد داشت. افراد آسیب‌پذیر (مانند سالمندان، افراد مقیم مراکز نگهداری، افراد دچار مشکلات روان‌شناختی یا ذهنی مانند عقب‌ماندگان ذهنی، بیخانمان‌ها، معتادان و ...) دارای ریسک بالاتر نسبت به سایر بیماران پس از ترخیص هستند و توجه ویژه‌ای می‌طلبند. مددکاران اجتماعی باید برای این بیماران با بهره‌گیری از منابع درون و برون‌سازمانی، برنامه حمایتی داشته باشند و نقش خویش را در این زمینه به‌طور کامل ایفا نموده، مدیریت و رهبری بیمارستان نیز حمایت لازم را به عمل آورد.

یکی دیگر از وظایف مهم مددکاران اجتماعی در زمان ترخیص، آموزش بیمار و خانواده وی / مراقب مؤثر می‌باشد. آموزش به بیمار فرایندی است که فرصت‌های یادگیری را برای بیمار و خانواده در زمینه بیماری، درمان، مکانیسم‌های سازگاری و افزایش مهارت‌ها فراهم می‌کند. هدف از آموزش، افزایش آگاهی بیمار و خانواده، کاهش سطح اضطراب، افزایش استقلال و توانمندی بیمار، انطباق با شرایط و عوارض بیماری، نحوه استفاده از منابع اجتماعی و اقتصادی، افزایش رضایتمندی بیمار و کاهش پذیرش مجدد بیماران می‌باشد. (Sunil Kripalani & et all آموزش بر اساس خدمات ارائه‌شده در بیمارستان‌ها، گروه‌های هدف (سالمندان، کودکان آزاری، معتادان، بیماران دارای اختلالات روان و ...) متفاوت می‌باشد مددکار اجتماعی می‌تواند از روش‌های آموزش فردی، گروهی و یا از طریق انتشار بروشور و کتابچه‌های آموزشی و .. استفاده نماید.

### آموزش‌ها و مهارت‌های لازم برای برنامه‌ریزان ترخیص

مهارت‌های ارتباطی: شامل مهارت‌های ارتباطی مهارت‌های نوشتن و گوش دادن، سخنرانی، درک رفتارهای غیر کلامی، تکنیک‌های انگیزشی و ابراز وجود.

دانش و آگاهی از منابع اجتماعی موجود: آگاهی از منابع محلی و دانستن فرآیندهای ارجاع، ارزیابی کیفیت خدمات، اجتناب از تکرار خدمات و درک اینکه چگونه کمبود منابع محلی با مسائل کلان مرتبط است.

مهارت‌های ارزیابی اجتماعی: در این ارزیابی داشتن مهارت ارزیابی در حیطه های اجتماعی نظیر بررسی وضعیت تعاملات بین خانواده، ارزیابی وضعیت مالی و... اشاره کرد.

آموزش های بالینی و کارآموزی اجتماعی: آموزش رسمی جهت انجام وظایف محوله در برنامه ریزی ترخیص الزامی می باشد. (Diane C&et all,2014)

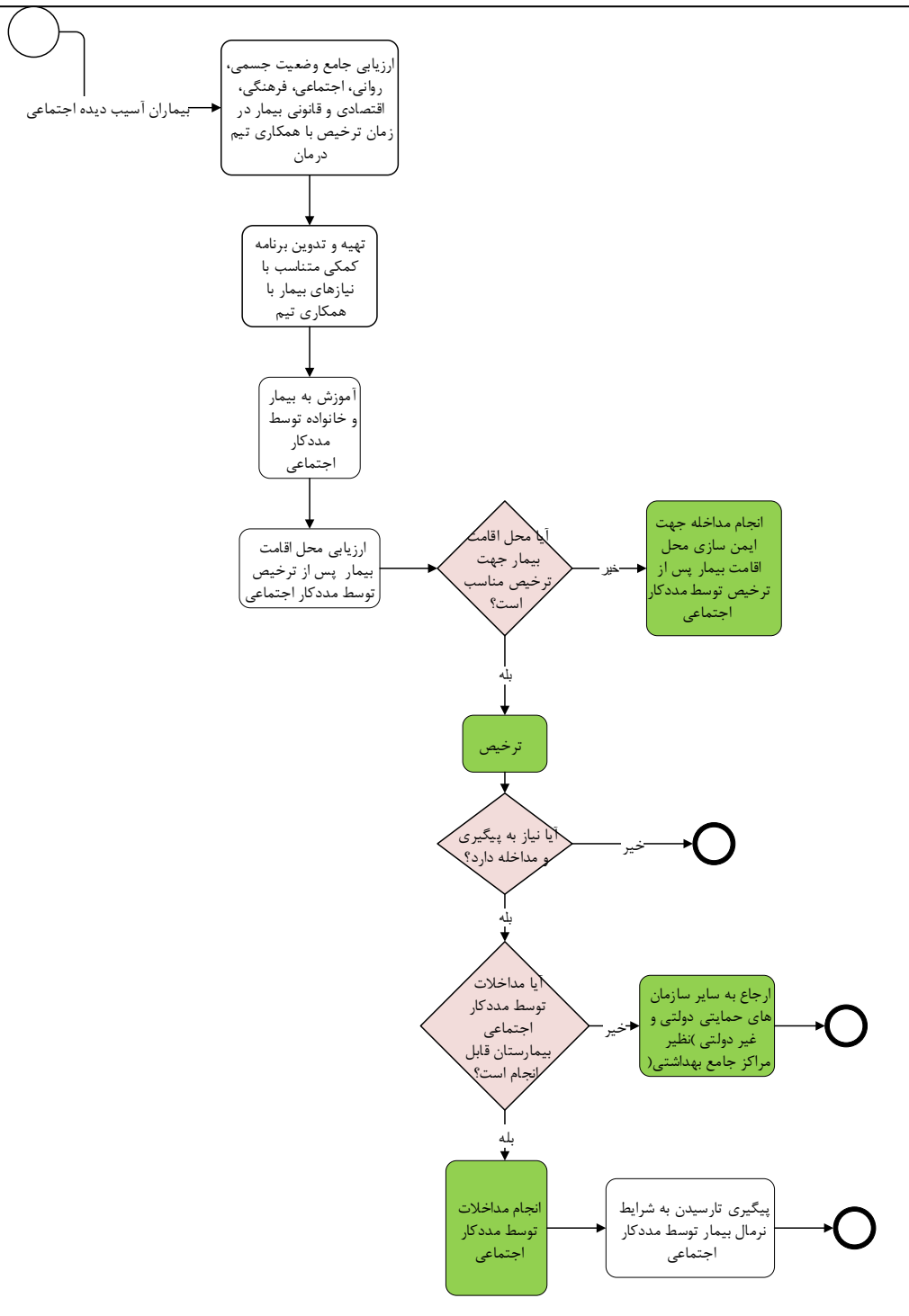
### پیگیری پس از ترخیص

لازم به ذکر است نقش مددکار اجتماعی در این مرحله متوقف نمی‌شود بلکه وظیفه‌ی مهم‌تری در پیگیری‌های پس از ترخیص نیز دارد. نتایج مطالعات متعدد نشان داده است پیگیری پس از ترخیص نقش مهمی در کاهش پذیرش مجدد بیماران و کاهش هزینه‌های بهداشت و درمان دارد (Brown& Swope, 2015). پیگیری پس از ترخیص از ۷-۱۰ روز پس از ترخیص بیمار آغاز می‌شود و طی یکماه اول پس از ترخیص حداقل با دو تماس تلفنی می‌تواند از وضعیت بیمار مطلع شد و شرایط وی را در پرونده درج کرد (پروتکل های خدمات پایه) و مددکار اجتماعی می‌تواند از طریق تلفن از وضعیت بیمار آگاه شده و در صورت نیاز حمایت‌های لازم را فراهم نماید تا از بستری مجدد بیمار پیشگیری نماید. پیگیری تلفنی همچنین می‌تواند یک وسیله مؤثر باشد چنین پیگیری‌هایی فرصتی برای رسیدگی به سؤالات بیمار و مشکلات آنان فراهم می‌کند. همچنین در این فرایند چنانچه مددکار اجتماعی تشخیص دهد، بازدید از منزل انجام می‌گیرد. بازدید از منزل ممکن است برای جمعیت‌های مشخصی از بیماران مانند افراد آسیب‌پذیر (نظیر سالمندان، کودکان) و بیماران مزمن (بیماران سرطانی، پیوند کلیه، اختلالات روان) مناسب باشد. در بازدید از منزل، وضعیت اجتماعی-اقتصادی-روانی، نیاز بهداشتی و درمانی بیمار و ایمنی (برای مثال، ریسک سقوط) ارزیابی می‌شود و اقدامات حمایتی و در صورت نیاز ارجاع جهت بهره‌مندی از سایر خدمات متخصصان تا حصول اطمینان از توانمندی بیمار انجام می‌گیرد (Lowthian & et all, 2011).

### پیامدهای پیگیری پس از ترخیص

- افزایش کیفیت خدمات مراقبتی بیماران
- افزایش رضایتمندی
- کاهش زمان انتظار و اقامت بیماران
- کاهش موارد مرگ و میر
- کاهش هزینه‌ها بهداشتی درمانی
- پیشگیری از بستری مجدد
- استقلال نسبی و توانمندی بیمار





1. Craig SL, Muskat B. Bouncers, brokers, and glue: The self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health & Social Work*. 2013; 38(1):7–16.
2. Linton, K. F., Ing, M. M., Vento, M. A., & Nakagawa, K. (2015). From Discharge Planner to “Concierge”: Recommendations for Hospital Social Work by Clients with Intracerebral Hemorrhage. *Social Work in Public Health*, 30(6), 486–495.
3. Cowles L, Lefcowitz M. Interdisciplinary Expectations of the Medical Social Work in the Hospital Setting’, *Health and Social Work*1992; 17: 57–65
4. Cowles L, Lefcowitz M. Interdisciplinary Expectations of the Medical Social Work in the Hospital Setting: Part 2’, *Health and Social Work*1995; 20(4): 279–87.
5. Herbert M, Levin R. The Advocacy Role in Hospital Social Work, *Social Work in Health Care*1996; 22(3): 71–83.
6. Swope C. Brown H, *Inside the Mind of the Hospital Discharge Planner*.2015
7. Trine S Bergmo. Patient-Centred Healthcare Team Work Practice, Experiences, and Estimated Benefits. *The Eighth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine* .2016
8. Judy A Lowthian & et all. Safe Elderly Emergency Discharge (SEED) project: determining best practice for safe discharge of the older emergency patient. *Emerg Med J* 2011;28: 373e377. doi:10.1136/emj.2010.099226
9. Sunil Kripalani & et all. **Promoting** Effective Transitions of Care at Hospital Discharge: A Review of Key Issues for Hospitalists. *Society of Hospital Medicine* DOI 10.1002/jhm.228 Published online in Wiley InterScience ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)).2007
10. Diane C & et all. *Discharge Planning and Social Work Practice*. Downloaded by [Stony Brook University] at 18:41 28 October 2014
11. Lin Ch & et all. Discharge Planning. *International Journal of Gerontology* 6 (2012) 237e240

۱. مددکاری اجتماعی در بیمارستانها (۱۳۹۸): مولف جوآن بدر. مترجمان دکتر ثریا سیار، دکتر محمد حسین جوادی، انتشارات فرهنگ رشد

## فرم غربالگری ترخیص ایمن و گزارش مددکاری اجتماعی

۱. مشخصات مراجعه:			
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	کد ملی:
آدرس و شماره تماس:			
موضوع	بله	خیر	توضیحات
۱			آیا در بین فامیل، بستگان و دوستان بیمار کسی است که بعد از ترخیص از بیمارستان از او مراقبت کند؟ در صورت بله نام و شماره تلفن آنها را در قسمت توضیحات یادداشت کنید؟
۲			آیا بعد از ترخیص از بیمارستان، بیمار نگران چیزی است؟ در صورت بله در بخش توضیحات حداکثر سه نگرانی مهم قید شود
۳			آیا بیمار احساس می کنید نیاز به آموزش در خصوص بیماری، مراقبت از خود، خانواده، بیمه و... دارد؟ در صورت بله در قسمت توضیحات نوشته شود
۴			آیا بیمار بعد از ترخیص از بیمارستان دارای سرپناه ایمن می باشد؟
۵			آیا بیمار تنها زندگی می کند؟
۶			آیا شواهدی مبنی بر احتمال عود و یا بدتر شدن بیماری پس از ترخیص از بیمارستان وجود دارد؟ در صورت بله موارد مهم در قسمت توضیحات نوشته شود
۲. شرح وضعیت روانی اجتماعی:			
۳. نتیجه ارزیابی:			