Developing a Protocol for Psychiatric Social Work Interventions

Masoomeh Maarefvand: Faculty member of social work department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. arammaref@gmail.com

Maryam Zabihi Poursaadati*: Ph.D. student of social work, department of social work, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. m.zabihi.2005@gmail.com

Leili Derakhshan: M.A. student of social work, department of social work, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Rosa Alikhani: Faculty member of psychosis research center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Kyanoush Abdi: Faculty member of department of rehabilitation management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Psychiatric social work (PSW) is one of the most important areas of social work practice. So far, no protocol has been designed for these interventions in Iran. In this study, for the first time PSW protocol has been designed and presented.

Methods: This study was conducted in three phases: desk review, directed content analysis and group discussion for receiving experts' comments on the protocol. In the first phase, studies about PSW and psychosocial interventions in Iran and other countries were reviewed. In the second phase, semi-structured interviews were conducted with fifteen experts, three patients and five family members and they were asked about needs and interventions that should be provided by the PSW. Data were coded and interventions were classified. In the third phase, the draft protocol was prepared based on the previous two phases and shared with experts. The final version of the protocol was prepared based on the comments of the experts.

Results: A total of seventy eight articles were reviewed in the first phase of this study. The most important approaches and models used for PSW interventions were ecological approach, case management and teamwork. Data were categorized as assessment, motivational interventions, response to basic needs, psychoeducational interventions, counseling, family and group interventions, peer education and support, follow-up, community-based interventions, home-based and outreach services, long-distance services, destigmatization, occupational rehabilitation.
Also in the qualitative phase, psychosocial training, activation of patient and family support network, case work, family social work, relapse prevention, advocacy, occupational rehabilitation, after discharge follow-up and community work interventions were classified. The panel designed the protocol based on case management, and ecological, contingency management and teamwork approaches. This protocol describes multidimensional assessment, planning for social work interventions at the individual, family, group and community levels. Requirements for monitoring and evaluation, documentation and termination of intervention are also included in the protocol.

Conclusions: The protocol of PSW interventions based the ecological approach, suggested specific services at different levels of individual, family, group and community. The use of case management approach and ICM model in this protocol ensures a comprehensive approach to the treatment and empowerment of patients with psychiatric disorders from admission to discharge and especially post-discharge services. It is recommended that policy makers and social workers use this protocol in decision making and service providing related to mental disorder patients.

Keywords

Psychiatric Social Work, Ecological Approach, Case Management, Psychiatric Disorder

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 13 Apr 2022
Accepted: 14 Sep 2022

Please cite this article as follows: Maarefvand M, Zabihi Poursaadati M, Derakhshan L, Alikhani R, and Abdi K. Developing a protocol for psychiatric social work interventions. Quarterly journal of social work. 2022; 11 (2); 41-55

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

طراحی پروتکل مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی

معصومه معارف‌وند: عضو هیات علمی گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
arammaref@gmail.com

مریم ذبیحی پورسعادتی*: دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. m.zabihi.2005@gmail.com

لیلی درخشان: دانشجوی کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

رزا علیخانی: عضو هیات علمی مرکز تحقیقات سایکوز، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

کیانوش عبدی: عضو هیات علمی گروه آموزشی مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

واژگان کلیدی

مددکاری اجتماعی روانپزشکی، رویکرد بوم‌شناختی، مدیریت مورد، اختلال روانپزشکی

* نویسنده مسوول

نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۴
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۳

چکیده

مقدمه: مددکاری اجتماعی روانپزشکی یکی از حوزه‌های مهم است که تاکنون در ایران پروتکل مشخصی برای خدمت دهی نداشته است. در این مطالعه برای اولین بار پروتکل مددکاری اجتماعی روانپزشکی طراحی و بیان شده است.

روش: این مطالعه در سه مرحله انجام شد: مرور منابع، مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوای هدایت شده و دریافت نظرات خبرگان. در مرحله اول مطالعاتی که در زمینه مددکاری اجتماعی روانپزشکی و مداخلات روانی اجتماعی در ایران و سایر کشورها انجام شده بود، مرور شدند. در مرحله دوم به روش نمونه‌گیری هدفمند با پانزده کارشناس، سه بیمار و پنج عضو خانواده در مورد نیازها و مداخلاتی که باید توسط مددکار اجتماعی روانپزشکی ارائه شوند، مصاحبه نیمه‌ساختار یافته انجام شد. داده‌ها کدگذاری و مداخلات طبقه‌بندی شدند. در مرحله سوم پیش‌نویس پروتکل بر اساس دو مرحله قبل تنظیم شد و با کارشناسان به اشتراک گذاشته شد. نسخه نهایی پروتکل بر اساس نظر کارشناسان تهیه شد.

نتایج: در مجموع هفتاد و هشت مقاله در فاز اول این مطالعه مرور شدند. مهمترین رویکردها و مدل‌های استفاده شده برای مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی عبارت بودند از رویکرد بوم‌شناختی، مدیریت مورد و رویکرد تیمی. اطلاعات مربوط به ارزیابی، مداخلات انگیزشی، پاسخ به نیازهای پایه، مداخلات آموزشی-روانی، مشاوره، مداخلات ویژه خانواده، مداخلات گروهی، آموزش و حمایت توسط همتایان، پیگیری، مداخلات اجتماع‌محور، خدمات از راه دور، انگ‌زدایی و توانبخشی شغلی از مقالات استخراج شد. همچنین مرحله کیفی نیز آموزش‌های روانی-اجتماعی، فعال‌سازی شبکه حمایتی بیمار و خانواده، مداخلات مددکاری فردی، مددکاری با خانواده، پیشگیری از بازگشت، توانبخشی شغلی، پیگیری پس از ترخیص و مداخلات مددکاری جامعه‌ای طبقه‌بندی شدند.

رویکردهای مدیریت مورد، بوم‌شناختی و کار تیمی در پروتکل مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی به‌عنوان رویکردهای اصلی مورد توجه قرار گرفتند. در این پروتکل نحوه ارزیابی چندوجهی، برنامه‌ریزی برای مداخلات مددکاری اجتماعی در سطح فردی، خانوادگی، گروهی و جامعه‌ای و الزامات پایش و ارزشیابی، مستندسازی و خاتمه مداخله نیز آورده شده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری: پروتکل مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی بر اساس رویکرد بوم‌شناختی خدمات مشخصی را در سطوح مختلف فردی، خانوادگی، گروهی و اجتماعی پیشنهاد کرده است. استفاده از رویکرد مدیریت مورد و مدل ICM در این پروتکل تضمین کننده رویکردی جامع به درمان و توانمندسازی بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی از زمان پذیرش تا ترخیص و به ویژه خدمات پس از ترخیص است. پیشنهاد می‌شود سیاستگذاران و مددکاران اجتماعی از این پروتکل در تصمیم‌گیری‌ها و خدمت‌دهی مرتبط با بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی استفاده کنند.

نحوه استناد به مقاله: معصومه معارف‌وند، مریم ذبیحی پورسعادتی، لیلی درخشان، رزا علیخانی و کیانوش عبدی. طراحی پروتکل مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۱؛ ۱۱ (۲): ۵۵-۴۱

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی در آخرین بررسی خود در خصوص بار جهانی بیماری‌ها ، شیوع اختلالات روانپزشکی در جهان را در سال ۲۰۱٦، یک میلیارد و صد و یازده میلیون نفر گزارش کرده است.[۱] در ایران نیز براساس گزارشی که از پیمایش ملی سلامت روان در ایران در سال ۱۳۸۹ منتشر شد، شیوع اختلالات روانپزشکی در کشور بیست و سه و شش دهم درصد می‌باشد؛ یعنی تقریبا از هر چهار ایرانی که در فاصله سنی پانزده تا شصت و چهار ساله قرار دارند، یک نفر از یک یا بیشتر از یک مورد اختلال روانپزشکی رنج می‌برد.[۲] اختلالات روانی با ایجاد هزینه‌های مستقیم بار مالی اقدامات تشخیصی، درمانی، بازتوانی و پیشگیری و هزینه‌های غیرمستقیم کاهش توان فردی، کاهش نیروی مولد جامعه و بار خانوادگی اثرات زیان‌باری را بر جامعه می‌گذارند.[۳] در ایالات متحده آمریکا، سالانه صد و چهل و هشت میلیون دلار و در انگلستان سی و دو میلیون پوند صرف هزینه بیماری‌های روانی می‌شود که چهل و پنج درصد آن به‌دلیل از دست دادن کارایی و توانایی سازندگی بوده‌است. اختلالات روانی نه تنها باعث هزینه و بار روانی اجتماعی و اقتصادی است بلکه عامل افزایش خطر بیماری‌های جسمی نیز می‌شود.[٤]

منطقی‌ترین توضیح در مورد ایجاد اختلالات روانپزشکی ممکن است ترکیب، توالی، تعامل عوامل خطر فردی، خانوادگی، ژنتیکی و محیطی باشند.[۵و٦] شواهد حاکی از آن است که اختلالات شدید روانپزشکی، بار جسمی، روانی و اجتماعی بالایی به فرد، خانواده، اجتماع و نظام سلامت وارد می‌کند. همبودی اختلالات مزمن جسمی، کیفیت پایین زندگی، بروز بیماری‌های عفونی مانند اچ.ای.وی و هپاتیت، افزایش احتمال خودکشی و بی‌خانمانی از دیگر پیامدهای بیماری‌های روانپزشکی برای فرد است.[۷] تاثیرات بیماری از سطح فردی به سطوح خانواده و اجتماع گسترده شده و منجر به بار مراقبتی سنگین، هزینه‌های درمانی بالا و کاهش بهره‌وری کاری فرد و خانواده می‌گردد.[۸] افزایش هزینه‌های خانواده،[۳] افزایش سطح استرس و اضطراب در خانواده و مشکلات جسمی ناشی از آن، افت اجتماعی خانواده، افزایش فشار کاری، اختلال در خواب و فعالیت‌های روزمره از جمله این پیامدها می‌باشند.[۹] از جمله عوامل خطر زیست محیطی مرتبط با اختلالات روانپزشکی، در یافته‌های مربوط به موقعیت اجتماعی و اقتصادی نشان داده شده است که بین موقعیت پایین اجتماعی و اقتصادی و احتمال ابتلا فرد به یک اختلال روانپزشکی مزمن و پیشرونده ارتباط مستقیمی وجود دارد.[۱۰و۱۱] اگرچه هیچ گروهی از ابتلا به اختلالات روانپزشکی مصون نیست. اما باید اذعان داشت که در افراد بی‌خانمان، تهیدستان، افراد بی‌کار و با سطح تحصیلات پایین، کسانی که قربانی خشونت بوده‌اند، مهاجران و پناهندگان، کودکان و نوجوانان، زنانی که مورد سواستفاده قرار گرفته‌اند و در افراد مسن که مورد غفلت و بی‌توجهی واقع شده‌اند، بیشتر دیده می‌شود.[۱۲] همچنین بازگشت مکرر بیماری‌های مزمن می‌تواند منجر به انگ زدن از سوی همسایگان و بستگان شده و کاهش ارتباطات اجتماعی خانواده و در نتیجه طرد و انزوای اجتماعی را در پی داشته باشد.[۷] بخشی از بار این اختلالات به‌دلیل ماهیت بازگشت کننده و پیشرونده آن است. بازگشت نشانه‌های یکی از مشکلات اصلی در درمان افراد مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی بوده است که عمدتا با شاخص بستری در بیمارستان و تشدید نشانه‌های روانپزشکی سنجیده می‌شود.[۱۳] اکثر این بیماران پس از بهبودی کامل یا موقت معمولا دوره‌هایی از بازگشت نشانه‌های حاد را در طول سالیان بیماری تجربه می‌کنند.[۱٤] بیمارانی که سابقه عود مکرر دارند، پروفایل بیماری پیچیده‌تری را نمایش می‌دهند، نشانه‌های آسیب‌های روان‌شناختی شدیدتری دارند، احتمال مصرف مواد در آن‌ها بالاتر است، نقص در عملکرد روزانه دارند و پایبندی کمتری به درمان دارند.[۱۵] بدین دلیل پیشگیری از عود یکی از مهمترین اهداف درمانی در تیم‌های چندحرفه‌ای است. توجه به پیامدهای فردی و خانوادگی و اجتماعی این بیماری و بازگشت مکرر آن، ضرورت اقدام جهت کاهش و پیشگیری از بازگشت را مشخص می‌سازد. مداخلات مختلفی برای کاهش و پیشگیری از بازگشت طراحی شده است. این مداخلات را می‌توان به چهار دسته کلی مداخلات زیستی، روانی-اجتماعی، خانوادگی و اجتماع محور تقسیم کرد. مداخلات زیستی مانند دارودرمانی[۱٦و۱۷] و رژیم درمانی؛[۱۸] مداخلات روانی-اجتماعی مانند آموزش‌های روانی اجتماعی،[۱۹] آموزش خودمدیریتی و خودمراقبتی،[۲۰] درمان‌های شناختی رفتاری،[۲۱] گروه همتایان مشاوره‌ای برای بیماران،[۲۲] آموزش مهارت‌های اجتماعی و شغلی[۲۳] و مداخلات مبتنی بر اجتماع[۲٤] توانبخشی روانی اجتماعی مبتنی بر جامعه[۲۵] می‌باشد. مداخلات خانوادگی شامل مواردی همچون خانواده درمانی، گروه‌های آموزش روانی با بستگان، سخنرانی‌های آموزش روانی برای

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

بستگان، گروه‌های مشـاوره‌ای[۲۶] و گروه‌های حمایتی همتایان برای خانواده‌ها[۲۷] می‌شـود. در سالیان اخیر و با پیشرفت فناوری‌های نوین ارتباطـی برنامه مداخلاتـی از راه دور از طریق تلفـن،[۲۸] پیام کوتاه، پسـت الکترونیک و یا مبتنی بر صفحات وب۲۹] که عمدتا بر یادآوری و آموزش و چک کردن نشانه‌های بیماری استوار است نیز در مطالعات مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته و اثربخشی آن‌ها بررسی شده است.[۳۰] در ایران نیز اثر مداخلاتی همچون آموزش روانی به بیمار و خانواده،[۳۱] درمـان اصلاح شـناختی، [۳۲] مداخلات کاردرمانـی،[۳۳] مدیریت مورد،[۳٤] مراقبت‌های حین و پس از ترخیص،[۳۵تا۳۸] و گروه درمانی معنوی-مذهبی[۳۹] برای پیشگیری از عود مورد بررسی قرار گرفته است. به‌طور کلی رویکردهای مداخلاتی در کشـورهای دارای سطح درآمد بالا در حول پنج محور اصلی بوده اسـت: آمـوزش روانی، مداخلات خانوادگـی، مدیریـت مـورد متمرکز، توانبخشـی شـناختی و آموزش مهارت‌های زندگی. اما در کشـورهای با سـطح درآمد پایین و متوسط توانبخشی مبتنی بر جامعه، آموزش روانی و حمایت از خانواده به‌ویژه از سوی غیرمتخصصان توصیه شده است.[٤۰]

مـددکاران اجتماعـی در حـوزه سـلامت روان با بافـت اجتماعی، پیامدهای اجتماعی بیماری‌های روانپزشـکی و عدالت اجتماعی مرتبط هستند. همچنین مددکاران اجتماعی علاوه بر درمان بیماری، زمینه‌های اجتماعـی را نیز در نظر می‌گیرند که شـامل هویـت، روابط اجتماعی، مسـکن، علاقه‌های شغلی، اشـتغال، درآمد و کیفیت زندگی مراجعین می‌باشـد.[٤۱] مـددکاران اجتماعـی از جمله متخصصـان حرفه‌های یاورانه هسـتند که در تیم‌های چندحرفه‌ای روانپزشکی خدمات روانی-اجتماعـی خود را به بیماران مبتلا به اختلالات شـدید روانپزشـکی و خانواده‌هـای آن‌ها عرضه می‌کننـد. آن‌ها با در پیـش گرفتن رویکرد کل‌نگر و در نظر گرفتن فرد در موقعیت کلیه عوامل زیسـتی-روانی-اجتماعـی موثر بر تشـدید یا بهبود بیماری را شناسـایی می‌کنند و نقش موثری در برنامه‌ریزی ترخیص این بیماران دارند. رویکرد بوم‌شـناختی با درنظـر گرفتـن شـخص در موقعیت این چهارچوب را به مددکاران اجتماعی می‌دهد که برای بررسی مشـکلات لازم است فرد و محیط به‌عنوان یک نظام یکپارچه در زمینه‌ای تاریخـی و فرهنگی در نظر گرفته شـود. این رویکـرد تاکید می‌کند شـرایط بوم‌شـناختی ماننـد افـراد، اماکـن، زمان و زمینـه‌ای که تعامـلات اجتماعـی در آن اتفـاق می‌افتد، علاوه بر این‌کـه می‌توانند تبیین کننده دلایل بروز مشـکلات باشـند، می‌توانند به درستی راه حل‌هـای مشـکل را نمایـان کنند.[٤۲]

مـددکاران اجتماعـی می‌تواند با شناسـایی عوامل خطر و محافظی که در محیط زندگی فـرد وجود دارنـد و نیز بسـیج منابع محیطی زمینـه مناسـبی را برای مراقبت‌هـای پس از ترخیـص فراهم کننـد. بنابراین مـددکاران اجتماعی برای عرضه مداخلات چندبعدی به افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی و خانواده آنان به چارچوب‌های مشـخص و تخصصی نیـاز دارنـد. لذا ضـرورت داشـت پروتکل مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشـکی طراحـی شـود. در این مقاله در مـورد نحوه طراحـی این پروتـکل توضیحـات دقیقتری شده و چارچوب به‌دست آمده برای پروتکل مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشـکی معرفی شده است.

روش

این مطالعه دارای سه بخش بود که به‌منظور شناسایی نیازهای بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی و خانواده آنان در فاز اول یا مرور منابع کلیه مطالعاتی که در جهت شناسایی عوامل محافظ و خطر و نیز کلیه مداخلات روانی-اجتماعی ویژه مبتلایان به اختلالات روانپزشـکی انجام شده‌اند، مورد بررسی قرار گرفتند. کلیه مستندات مربوط به مداخلات مددکاری اجتماعی ویژه مبتلایان به اختلالات روانپزشـکی که از سـال ۱۹۸۰ تا ۲۰۲۱ منتشر شـده‌اند، جامعه‌آماری فاز اول پژوهش را تشکیل می‌دادند. مطالعات همبسـتگی، Systematic Review، Cohort، Before-After، RCT، CT و Meta-analysis یا Case-control کـه به عرضه مداخلات روانی اجتماعی برای بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشـکی و خانواده‌های آن‌ها پرداخته بودند و یا عوامل موثر بر بازگشـت را بررسـی کرده بودند، مرور شـدند. این مرور شامل مقالات فارسی و انگلیسی بود. در پایگاه‌های انگلیسی مانند Scopus، pubmed و web of science با کلیدواژه‌های anxiety disorder, bipolar disorder, mood disorder, depression disorder, personality disorder, obsessive-compulsive disorder,

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

psychiatric disorder, psychiatric disease, psychiatric illness, mental disorder, severe mental disorder, mental illness, mentally ill person, intervention, protocol, manual, social work, psychosocial, risk factor, protective factor جستجو انجام شد.

همچنین جستجو در پایگاه‌های فارسی مانند SID و Irandoc با کلید واژه‌های مددکاری اجتماعی، عوامل خطر، عوامل محافظ، عود، پیشگیری، پیشگیری از عود و نیز انواع اختلالات روانپزشکی انجام شد.

در فاز دوم با استفاده از روش تحلیل محتوای هدایت شده با بیمارانی که حداقل سه سال از اولین تشخیص آن‌ها می‌گذشت و در فاز حاد بیماری نبودند و مراقبین اصلی که حداقل شش ماه نقش مراقب اصلی را به عهده داشته باشد؛ منظور از مراقب اصلی، فردی معین از اعضای خانواده است که در هر سنی، بدون دریافت مبلغی، در فرایندهای روزمره زندگی به بیمار کمک می‌کند. وی با بیمار زندگی می‌کند و حمایت عاطفی و مراقبت درمانی را برای وی فراهم می‌سازد؛ و نیز کارشناسان و صاحب نظرانی شامل مددکاران اجتماعی و سایر اعضای تیم درمان که حداقل سه سال سابقه کار بالینی یا پژوهشی مرتبط داشتند، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام و داده‌ها تحلیل شد. روش تحلیل محتوای هدایت شده به این دلیل در مطالعه حاضر استفاده شد که در زمینه مددکاری اجتماعی روانپزشکی الگوهای نظری از قبل عرضه شده‌اند. تحلیل محتوای هدایت شده می‌توانست در این مطالعه به تیم پژوهش امکان بسط الگوهای قبلی متناسب با نیازهای گروه هدف در ایران را فراهم آورد. سپس بر مبنای تحلیل محتوای مصاحبه‌های انجام شده و مرور منابع، نسخه پیش‌نویس پروتکل تنظیم شد. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف صورت گرفت. در جدول شماره یک مشخصات مشارکت‌کنندگان در مطالعه آورده شده است. مصاحبه‌ها تا زمانی که داده‌ها به حد اشباع رسیدند ادامه یافت. به‌منظور بررسی نیازهای بیماران و خانواده‌های آنان مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با کارشناسان حوزه مددکاری اجتماعی روانپزشکی، صاحب نظران حوزه روانپزشکی جامعه‌نگر، بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی و مراقبین اصلی این افراد صورت گرفت. در فاز سوم پس از اخذ نظرات کارشناسان این حوزه در مورد بسته پیش‌نویس، ویرایش نهایی پروتکل آماده شد. متن کامل مستنداتی که از طریق جستجوی منابع به‌دست آمدند، مورد بررسی قرار گرفتند. جزییات مربوط به مداخلاتی که بر درمان و پیشگیری از عود بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی گزارش شده بودند، ثبت و طبقه‌بندی شدند. این جزییات شامل گروه هدف مداخله، مدت مداخله، اقدامات انجام شده و روش اجرای آن‌ها می‌شد.

در بخش تحلیل محتوای این مطالعه جهت ارزشیابی صحت و استحکام داده‌ها، از چهار معیار مقبولیت، قابلیت انتقال، قابلیت اطمینان و قابلیت تایید لینکلن و گوبا۱۹۸۵ استفاده شد.[۴۳] بدین معنا که جهت تایید اعتبار و مقبولیت داده‌ها از روش درگیر شدن طولانی مدت با داده‌ها و صرف زمان کافی برای جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، تلفیق در منابع اطلاعاتی و به‌کارگیری روش‌های چندگانه جهت جمع‌آوری اطلاعات مانند مصاحبه و یادداشت در عرصه استفاده گردید. به‌منظور تسهیل در امر قابلیت انتقال، شرح مشخص و شفاف از فرهنگ و زمینه مورد مطالعه، انتخاب و ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، نحوه جمع‌آوری داده‌ها و فرآیند تحلیل اجرا گردید. جهت نیل به معیار قابلیت تایید، تمامی مراحل انجام تحقیق به‌ویژه مراحل تحلیل داده‌ها در تمام مسیر مشروح و مبسوط ثبت شد. بازخورد گرفتن از دیگران صحت تحقیق را تضمین می‌کند و بازبینی توسط اعضا یکی از راهبردهای دستیابی به موثق بودن تحقیق بود. این رویه از تفسیر اشتباه یا درک اشتباه کلمات یا اعمال شرکت‌کنندگان جلوگیری می‌کرد. از آن‌جایی که بازبینی همکاران تحقیق در اعتماد پذیر نمودن تحقیق نیز از اهمیت بالایی برخوردار است، نسخه پیش‌نویس گزارش به همکاران تقدیم و پس از اخذ نظرات ایشان، اصلاحات لازم در گزارش اعمال شد. تحلیل داده‌ها پس از پیاده سازی مصاحبه‌ها با استفاده از نرم افزار MAXQDA انجام گردید. بدین ترتیب مفاهیم اصلی استخراج شد. مفاهیم اصلی بیانگر نیازهای اصلی بیمار و خانواده برای مراقبت از بیمار بودند که به‌عنوان مبنا در طراحی پروتکل مورد استفاده قرار گرفتند.

در فاز سوم با برگزاری جلسات فردی و بحث گروهی نظرات صاحبنظران دریافت و بر اساس نظرات آن‌ها پیش‌نویس پروتکل ویرایش شد. برای این منظور متن پیش‌نویس در جلسات مرور شد و صاحبنظران در مورد تمامی بخش‌های پروتکل اظهار نظر نمودند. نظرات آن‌ها در جلسه مورد بحث قرار می‌گرفت و پیشنهادهای آن‌ها ثبت، اصلاح و پروتکل نهایی تدوین گردید.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

ملاحظات اخلاقی: در اجـرای این مطالعه ملاحظات اخلاقی بر اسـاس کدهای اخلاق عمومی در پژوهش و همچنین کدهای اخلاقی ویژه گروه‌های آسـیب‌پذیر مورد توجه قرار گرفت و رعایت شـد. کد اخـلاق: IR.USWR.REC.1400.141. شـرکت در مطالعـه داوطلبانه بـود و از کلیه شـرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه اخذ شـد. هر یک از شـرکت‌کنندگان می‌توانسـتند در هر مرحله‌ای از مطالعه انصراف خود را از شـرکت در پژوهش اعلام نمایند. از آن‌جایی که بیماران و مراقبین آن‌ها نیز در بخشـی از این مطالعه شـرکت داشـتند، بـه آن‌ها اطمینان داده شـد که انصراف از شرکت در پژوهش مانعـی برای توقف خدمـت درمانی به آن‌ها نخواهد بـود. تیـم پژوهش تمهیـدات لازم را بـرای رعایـت رازداری و حفـظ گمنامی شرکت‌کنندگان در نظر گرفتند. به‌عنوان مثال برای کلیه شـرکت‌کنندگان کد در نظر گرفته شـد و از ذکر مشـخصات بارزی که موجب شناسایی آن‌ها شود، اجتناب شد.

یافته‌ها

در مجموع هفتاد و هشت مقاله در فاز اول این مطالعه مرور شدند. پژوهش‌های گزارش شده در سی و هشت دهم مقاله‌ها در کشـور آمریکا انجام شـده بودند. تنها هفت و هشت دهم درصد مقاله‌ها نتایج مطالعات مربوط به ایران را گزارش کرده بودند. نوع مطالعه‌ها بسـیار متنوع بود. حدود پنجاه و هشـت درصد مطالعه‌ها از نوع آزمایشـی بودند بیست و چهار درصد مقـالات نیز یافته‌های مـروری را گزارش کرده بودند. گروه‌های هـدف کلیه مطالعات بیماران مبتلا به اختلالات شـدید روانپزشـکی بودند. در برخی مطالعات فقط یک اختلال و در مطالعات دیگر بیش از یک نوع اختلال به‌عنوان معیار ورود بیماران به مطالعه در نظر گرفته شده بود. بیش از نوزده درصد مطالعات مرور شده به‌طور مشخص بر بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی متمرکز شـده بودند. مهمترین رویکردها و مدل‌های استفاده شده برای مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی عبـارت بودند از رویکرد بوم‌شـناختی، مدیریت مورد و رویکرد تیمی. اطلاعات مربوط به ارزیابی، مداخلات انگیزشـی، پاسـخ به نیازهای پایه، مداخلات آموزشی روانی، مشاوره، مداخلات ویژه خانواده، مداخلات گروهی، آموزش و حمایت توسـط همتایان، پیگیری، مداخلات قضایی و قانونی، مداخلات اجتماع محور، مداخله در منزل، خدمات سیار، خدمات از راه دور، انگ زدایی، توانبخشی شغلی و تعداد مراجعان از مقالات استخراج شد.

همچنین در مطالعه کیفی نیز مصاحبه شـوندگان رویکردهای مورد اسـتفاده در این حوزه را پیشـنهاد کردند. آن‌ها معتقد بودند لازم اسـت مداخلاتی در محیط زندگی بیماران انجام شـود. آموزش‌های روانی اجتماعی، فعال‌سازی شبکه حمایتی بیمـار و خانواده، مداخلات مددکاری فردی، مددکاری با خانواده، پیشـگیری از عود، مدافعه‌گری، توانبخشـی شـغلی، پیگیـری پس از ترخیص و مداخلات مددکاری جامعه‌ای از جمله مداخلاتی بودند که توسـط شـرکت‌کنندگان در مطالعه کیفی پیشنهاد شدند.

رویکردهای مورد استفاده در مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی: کارشناسان شرکت‌کننده در این مطالعه معتقد بودند برای خدمت‌دهی مناسب به بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی ضرورت دارد رویکردها و مدل‌های مناسـبی به‌کار گرفته شـوند. آن‌ها معتقد بودند یکی از این رویکردها می‌تواند مدل زیسـتی روانی اجتماعی باشد که سبب شکل‌گیری نگاهی جامع و فراگیر به مراجع می‌شود. همچنین بهره‌مندی از رویکرد مدیریت مورد، تضمین کننده هماهنگی میان اعضای تیم خواهد بود و موجب می‌شود منافع بیمار در اولویت اول قرار گیرد. آن‌ها همچنین کار تیمی را به‌عنوان یک ضرورت برای عرضه خدمت در درمان و توانمندسازی بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی و خانواده‌های آنان معرفی کردند و معتقد بودند کار تیمی در مراکز درمانی و توانبخشی در ایران تا اندازه زیادی مغفول مانده است. نکته قابل توجه دیگر در کار تیمی این بود که بیمار و خانواده نیز باید به‌عنوان اعضای تیم در نظر گرفته شوند.

شرکت‌کننده شماره بیست «مددکار باید بتونه فعالیت تیمی رو انجام بده، بتونه به‌عنوان مدیر مورد منابع که تو سطح جامعه وجود داره رو به درستی بشناسه و به درستی ارجاع بده که برای این باید حتما یک فردی باشه که ارتباطات قوی داشته باشه هم ارتباطاتش با منابع سـلامتی و هم با منابع حمایتی جامعه بتونه خوب اعتماد دیگران رو جلب کنه و بیمار خودش رو به درستی مدیریت کنه. این چیزی بوده که تو پروتکل‌های پایه هم تعریف شده.»

ارزیابـی فراگیـر: ارزیابـی چندبعدی وضعیـت بیمار و خانـواده از جمله وظایفی اسـت که انتظار مـی‌رود مددکار

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

اجتماعی در مراکز درمانی بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی انجام دهد. کارشناسان موضوعات بسیار متنوعی را برای ارزیابی مورد توجه قرار دادند. علاوه بر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیمار و خانواده، سابقه بیماری و مشکلات فردی می‌توان به شناسایی شروع کننده و عوامل خطر بازگشت، شناسایی موانع همکاری در درمان و ارزیابی عملکرد روزانه بیمار نیز اشاره نمود.

شرکت‌کننده شماره شانزده «مددکار اجتماعی باید ارزیابی همه جانبه داشته باشه، اولا مداخله‌ای که داره انجام می‌شه مبتنی بر نیازهای اون ادم باشه، طبق توهم‌ها و هذیان‌ها، مشکلات جسمی، شرایط خانوادگی و... و بعد اون اختلالی که به‌دنبال بیماری تو عملکرد روزمره‌اش پیش می‌آد که واسه هر آدمیم می‌تونه متفاوت باشه عواملی که می‌آد آن‌ها رو تشدید می‌کنه توی اون محله یا محیط همسایگی یا توی خیلی وقتا توی دل خانواده یه مقدار باید روش کار بشه، ارزیابی باید چندبعدی باشه.»

برنامه‌ریزی برای مداخله: مددکار اجتماعی بر اساس ارزیابی انجام شده باید برای انجام مداخلات خود برنامه‌ریزی نماید. نیازها و مشکلات شناسایی شده در مورد هر بیمار می‌تواند موجب شود که برنامه کمکی مربوط به هر بیمار منحصر به خودِ او باشد. کارشناسان معتقد بودند مداخلات مددکاری اجتماعی می‌تواند در قالب مداخلات فردی، گروهی، کار با خانواده و جامعه‌ای باشد. این مداخلات معمولا برای افزایش پایبندی بیمار به درمان، کاهش موانع همکاری در درمان، افزایش عملکرد روزانه بیمار، کاهش رفتارهای پرخطر بیمار، تقویت مهارت‌های ارتباطی و تقویت نقاط قوت بیمار انجام می‌شوند.

مداخلات مددکاری اجتماعی فردی: کارشناسان معتقد بودند بخش مهمی از مداخلات مددکاری اجتماعی در حوزه روانپزشکی که اکنون در حال اجراست، بر مداخلات مددکاری اجتماعی فردی متمرکز است. مداخلات مددکاری اجتماعی فردی می‌تواند با کیفیت بیشتر و در سطح وسیعتری اجرا شوند. کارشناسان شرکت‌کننده در پژوهش به موارد زیر به‌عنوان اجزای مداخلات مددکاری اجتماعی فردی اشاره نمودند:

حمایت‌یابی و ارجاع: حمایت‌یابی فرایند جستجوی منابع و تلاش برای افزایش دسترسی مراجع به منابع است. شناسایی منابع مختلف و ارجاع بیمار و خانواده‌اش برای دریافت خدمات بیشتر در سایر سازمان‌ها و نهادها از جمله وظایف مددکاران اجتماعی در مراکز درمان بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی معرفی شد. ارجاع می‌تواند متناسب با نیازهای شناسایی شده بیمار و خانواده او انجام پذیرد. بی‌تردید ارجاع پیش‌نیاز حمایت‌یابی است. در بسیاری از مراکز روانپزشکی، بیش از هر چیز حمایت‌یابی مالی به‌عنوان وظیفه اصلی مددکار اجتماعی شناخته شده است که در بیشتر موارد در قالب جلب حمایت خیرین و تا اندازه زیادی به روش سنتی انجام می‌شود. علاوه بر این حمایت‌یابی قضایی نیز در بیشتر موارد به‌طور اجتناب ناپذیری در مراکز روانپزشکی باید انجام گیرد. شرکت‌کننده شماره دوازده «مددکار اجتماعی این امکانات و منابع رو خوب می‌تونند ببینند حالا چه توی محیط خانوادش وجود داشته باشه و چه در محیط بیرون و بر اساس نیازی که بیمار داره تسهیل کنه که به منابع پاسخگوی نیازش دسترسی پیدا کنه.»

مشاوره: کارشناسان به این نکته اشاره می‌کردند که هنوز تیم درمان در بسیاری از مراکز درمان روانپزشکی در مورد این‌که بخشی از مداخلات مددکار اجتماعی «مشاوره» است، آگاهی ندارند. آن‌ها تاکید می‌کردند که لازم است مددکار اجتماعی خدمات مشاوره‌ای مناسبی را به بیمار و خانواده‌اش بدهد. بخش مهمی از مشاوره‌های مددکار اجتماعی به‌منظور بهبود روابط بیمار با خانواده و محیط زندگی و کار و همچنین افزایش تعهد به درمان و پیشگیری از بازگشت خواهد بود. شرکت‌کننده شماره بیست و دو «خیلی از خانواده‌ها و بیمارها نیاز به خدمات مشاوره دارن، گاهی ارجاعشون می‌دیم ولی حقیقت اینه باید خودمون هم بتونیم بخشی از مشاوره رو تو بیمارستان عرضه کنیم، مثلا وقتی می‌بینم مشکل بستری‌های زیاد بیمار به خاطر جو هیجانی خانواده است که با کوچکترین رفتار بیمار همه شروع به انتقاد و سرزنش می‌کنن و به دنبال اون بیمار از مصرف دارو خودداری می‌کنه و بعد دوباره روزی از نو، اینجا باید مداخله کنم و روی روابط درون خانواده کار کنم.»

توانبخشی شغلی: بازگشت موفق بیمار به جامعه نیازمند پذیرش او در جامعه است. لازم است شرایط برای این‌که بیمار بتواند نقش فعال در جامعه به عهده گیرد، فراهم شود. اشتغال پاره وقت یا تمام وقت بیمار مبتلا به اختلال روانپزشکی یکی از راهبردهای بسیار مهم

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

و موثـر در بازپیوند بیمار به جامعه به‌شـمار می‌رود که در مراکز درمان اختلالات روانپزشـکی به این موضوع کمترین توجه را نشان می‌دهند. شـرکت‌کننده شـماره دوازده «نقش اجتماعی دیگه‌ای که می‌شه برای این بیماران در نظر داشـت که می‌تونه به بهبود شـرایطش کمک کنه، داشـتن یک حرفه متناسـبه و حرفه‌ای که نه خیلی سـنگین باشه یعنی سـاعات کاری زیاد و نه خیلی به اصطلاح فاقد مسوولیت خاصی باشه خیلی خیلی می‌تونه کمک کننده باشـه این‌که بیمار بتونه سـاعاتی در روز اگر دسترسـی به اون مرکز ایده آل نداره حداقل ساعاتی در روز در آموزش اجتماعی و ارتباطی در محیط کاری قرار بگیره یک فروشندگی سـاده، پاسـخ دادن به تلفن یا همچین چیزایی که شاید بتونه انجام بده خیلـی از بیماران به راحتـی می‌تونند انجام بدن خیلـی از بیماران توی فواصل اپیزوداشـون کارهای جدی‌تر و بیشـتری هم ممکن انجام بدن ولی من به‌عنوان میانگین کار دارم می‌گم.» مداخلات توانبخشی شغلی شامل طیف وسـیعی از اقدامات شامل ارزیابی شـغلی، حرفه آموزی، برنامه‌ریزی شغلی، کاریابی، حمایت از راه‌اندازی کسب و کار و پایش و نگهداری دستاوردهای توانبخشی شغلی می‌شود. موانع متعددی برای اشـتغال و ارتقای عملکرد شـغلی بیماران مبتلا به اختلال روانپزشـکی وجود دارد. شـرکت‌کنندگان در پژوهش معتقد بودند مددکار اجتماعی باید برای کاهش موانع اشتغال بیمار برنامه‌ریزی و اقدام نماید.

آماده‌سـازی بیمـار برای ترخیـص: ترخیص بیمار بـدون این‌که او و خانواده‌اش آمادگی لازم را کسـب کرده باشـند، معمولا به بازگشت منجر می‌شـود. شرکت‌کنندگان با اشـاره به نرخ بالای بازگشت بیماران در مراکز درمان روانپزشـکی، آماده‌سازی برای ترخیص را گامی تعیین کننده در پیشـگیری از بازگشت دانستند. هر یک از اعضای تیم درمان بخشـی از اقدامات مربوط به آماده‌سـازی برای ترخیـص را باید انجام دهند و مـددکار اجتماعی باید برای آموزش بیمـار و خانواده در مورد بازگشت، شروع کننده‌های بازگشت و روش‌های پیشگیری از بازگشت برنامه‌ریزی و اقدام نماید. شـرکت‌کننده شـماره نوزده «از طرف دیگه بیمار هم مهمه یعنی بیمار هم باید علایمش کنترل شـده باشه و تونسته باشه تا یک حدی به‌عملکرد قبلی خودش رسیده باشه و شرایط حضور در خانواده را داشـته باشه، ما برای این‌که بیمار رو ترخیص کنیم استب بای استب پیش می‌ریم و از ملاقات‌های روزانه شروع می‌کنیم تا ترخیص موقت و مانیتور رفتار بیمار و بعد ترخیص دایم.»

مراقبـت پـس از ترخیـص: برخـلاف وضعیت کنونی در بسـیاری از مراکـز درمـان روانپزشـکی که تیم درمـان فقط تا زمـان ترخیص خدمت‌دهی می‌نماید، شـرکت‌کنندگان در پژوهش معتقد بودند مراقبت پـس از ترخیـص از اهمیت ویـژه‌ای برخوردار اسـت و در برنامه‌های درمانـی بیماران مبتلا به اختلال روانپزشـکی در ایـران به کلی مغفول مانده اسـت. مددکار اجتماعی باید به‌عنوان مسـوول اصلی برنامه‌های مراقبـت پـس از ترخیـص به ایـن موضوع بپردازد. شـرکت‌کننده شـماره بیست و یک «وقتی که می‌ریم خونه‌هاشون می‌بینیم بیمار از خانواده حرف شـنوی نـداره یا اصلا پاش رو از در خونـه بیرون نمـی‌ذاره برای ویزیت و تهیه دارو، پیشـنهاد می‌دیم که از خدمات ویزیـت در منزلمون اسـتفاده کنند که ماهی یکبار تیم درمان روان پزشـک، روانشناس و مددکار می‌رن خونشون ویزیتش می‌کنند دارو براش تجویز می‌کنند و خودشون پیگیری‌های درمانی رو انجام مـی‌دن این خدمات عود را خیلی کاهش می‌ده بیمـار و خانواده دلگرم می‌شن.»

مداخـلات مددکاری بـا خانواده:

یکـی از زمینه‌هـای مهـم فعالیت مـددکار اجتماعی در حوزه روانپزشکی کار با خانواده بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی است. علاوه بـر این‌کـه مـددکار اجتماعـی باید وضعیت بیمـار را ارزیابی نماید و مداخلاتی را به‌طور ویژه برای بیمـار برنامه‌ریزی و اجرا کنـد، ضـرورت دارد خانـواده نیـز ارزیابی شـود و مداخلات مشـخصی نیز به خانواده عرضه گردد. مراقبیـن اصلی بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی در بیشـتر موارد یکی از اعضای خانواده آن‌ها هسـتند. بار مراقبت در میان این افراد بسیار بالا و فرساینده است. به‌طـوری که بی‌توجه به مراقبین بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی علاوه بر این‌که درمان و توانمندسـازی بیمـار را با مشـکل مواجه می‌کند، احتمال بروز مشـکلات متعدد برای مراقبین را نیز افزایش می‌دهد. شـرکت‌کننده شماره دو «رفتارهاش من رو هم عصبی کرده مثلا همین آخرین سـری کـه حالش بد بود سـر من جیغ و داد می‌زد من رفتم پایین اصلا می‌خواستم بیخودی با مغازه دار دعوا کنم در این حد خیلی روی روحیه من تاثیر گذاشته یا وقتی سرکار هستم همش باید حواسم پیشش باشه کاری دست خودش نده.»

بر همین اساس شرکت‌کنندگان در پژوهش

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

ضرورت ارزیابی و کاهش بار مراقبت در خانواده را مطرح کردند. افزایش نقش و مشارکت سایر اعضای خانواده در فرایند مراقبت و فراهم نمودن فرصتی برای تقویت عملکرد اجتماعی مراقب و در اختیار داشتن فرصتی برای خود از جمله مداخلاتی هستند که در مصاحبه‌ها برای کاهش بار مراقبت پیشنهاد شدند.

فعال‌سازی و تقویت شبکه حمایتی بیمار و خانواده: مددکار اجتماعی با حضور در محیط زندگی بیمار و تعامل با حامیان بالقوه و ترغیب نمودن آن‌ها برای حمایت از فرایند درمان و توانمندسازی بیمار می‌تواند شبکه حمایتی بیمار و خانواده را تقویت نماید که از نظر کارشناسان از جمله وظایف مهم مددکار اجتماعی در حوزه روانپزشکی به‌شمار می‌رود. در بسیاری موارد بیمار و خانواده به‌دلیل مشکلات ناشی از بیماری ارتباط خود را با شبکه حمایتی از دست داده‌اند. این در حالی است که در صورت دریافت نکردن حمایت، بار مراقب به‌طور قابل توجهی بر مراقب اصلی که معمولا یکی از اعضای خانواده است؛ افزایش می‌یابد و خطر فرسودگی را در میان آن‌ها افزایش می‌دهد. شرکت‌کننده شماره ده «ببین مهمترین مساله این که این بچه‌ها وقتی بیمار می‌شن کلیه این شبکه‌ها رو از دست میدن یعنی شبکه‌های خانودگی، شبکه اجتماعی همه این‌ها رو از دست می‌دن، وقتی که خانواده حمایت لازم رو از بیمار نداشته باشه باعث بازگشت بیماری می‌شه و وقتی که نمی‌تونه در مصرف دارو بیمار رو همراهی کنه این‌ها باعث بازگشت می‌شن، در مورد دوستانش هم، همین‌طور هر چقدر دایره ارتباطیش با دوستاش بیشتر باشه می‌تونه یه عامل محافظ باشه برای این‌که بازگشت بیماری اتفاق نیوفته، از طرف دیگه می‌بینیم این بیمار و خانواده به تدریج از دایره خویشاوندی هم کنار گذاشته می‌شن و این تعلق نداشتن باعث بدتر شدن عملکرد بیمار و خانواده می‌شه.»

مداخله در محیط زندگی: مددکار اجتماعی مهمترین عضو تیم درمان و توانبخشی است که می‌تواند بخش قابل توجهی از خدمات خود را در محیط زندگی بیمار عرضه نماید. کارشناسان بر این باور بودند که برای توانمندسازی بیمار و خانواده‌اش لازم است مداخلات در محیط زندگی آن‌ها اجرا شوند. مددکار اجتماعی می‌تواند تیم درمان و توانبخشی را با محیط زندگی بیمار مرتبط نماید. ارزیابی و پایش منظم محیط زندگی بیمار و اجرای مداخلات مددکاری اجتماعی در محیط زندگی و حصول اطمینان از دسترسی به خدمات سایر حرفه‌ها در محیط زندگی بیمار از جمله نکات مهمی هستند که باید در خدمت‌دهی به بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی مدنظر قرار گیرند. شرکت‌کننده شماره نه «مددکارهای اجتماعی خیلی مهمه که بازدید منزل انجام بدن و بتونن بیمار و خانواده رو تو محل زندگی خودشون ارزیابی کنند، همین‌طور بتونن محیط اجتماعی که بیمار داره اون جا زندگی می‌کنه رو ارزیابی کنند و در حقیقت بعد از این که ارزیابی کردن بتونن مداخلاتی رو مبتنی بر محیط زندگی فرد انجام بدن.»

آموزش‌های روانی اجتماعی: کارشناسان طیف بسیار متنوعی از موضوعاتی که باید در فرایند درمان و توانمندسازی مراجع مد نظر قرار گیرند و خدمات مربوط به آن‌ها از طریق آموزش روانی اجتماعی عرضه شود، پیشنهاد دادند. آن‌ها بر اساس تجربیاتشان در مراکز درمان بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی معتقد بودند که آموزش در مورد ماهیت بیماری و بازگشت‌پذیر بودن آن، مدیریت مالی به بیمار، نحوه مواجهه خانواده با نشانه‌های بیماری، برنامه‌ریزی اوقات فراغت، مدیریت خشم، ارتباط موثر، خودمراقبتی، مهارت‌های روزانه، نشانه‌های هشدار دهنده عود و مدیریت استرس می‌تواند بسیار راهگشا باشد. این آموزش‌ها موجب می‌شوند مشارکت بیمار و خانواده در فرایند درمان و توانمندسازی افزایش یابد و احتمال بازگشت کاهش پیدا کند. شرکت‌کننده شماره سیزده «مهمترین چیزی که خانواده احتیاج داره که بتونه حمایت مناسبی از بیمارش داشته باشه آگاهی کافی است، آموزش و آگاهی کافی است این‌که سیر بیماری رو بدونه، وضعیت درمان رو بدونه این‌که علایم اولیه بازگشت رو بشناسه، این‌که بدونه با علایم بیمار چگونه برخورد کنه با توهم و هذیان‌ها چگونه برخورد کنه در واقع چجوری وارد چلنج با نشانه‌های بیمار نشه این‌ها به‌نظر میاد که یکی از عوامل مهمی که می‌تونه جلوی پیشرفت بیماری و یا بازگشت بیماری رو به هرحال کم کنه نه این‌که بگیره باز هم می‌گم به هرحال بازگشت بیماری گریز ناپذیره.»

مداخلات مددکاری گروهی: کارشناسان شرکت‌کننده مددکاری گروهی را به‌عنوان یکی از روش‌های تاثیرگذار در فرایند توانمندسازی مراجع معرفی می‌کردند. علاوه بر گروه‌هایی که با هدایت

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

مددکار اجتماعی برگزار می‌شـوند، گروه‌هـای خودیار نیز می‌توانند در توانمندسـازی بیماران و خانواده‌ها بسیار موثر باشـند. معرفی مراجعان به گروه‌هـای خودیار فعال و همچنین تسـهیل تشـکیل و ادامه حیات گروه‌های خودیار مبتلایان به اختلالات روانپزشکی و گروه‌های خودیار خانواده بیماران می‌تواند بخشـی از فعالیت‌های مـددکار اجتماعی در حوزه روانپزشـکی باشد. شرکت‌کننده شـماره هجده «یه زمانی گروه داشـتیم خانواده‌هـا می‌ومدن تو اون جلسـات، حرف مـی‌زدن، گریه می‌کـردن و یک چایی بیسـکوییت هم می‌خـوردن، می‌گفتن ما از اون روزی که می‌ریم روزشماری می‌کنیم برای جلسه مددکاری گروهیمون، دوشنبه که می‌ریم منتظر دوشنبه بعدی هستیم... ما تو گروه کار خاصی نمی‌کردیم ولی همین که جایی بود که شنیده بشن کمک بزرگی بهشون بود.»

مداخلات مددکاری جامعه‌ای: شـرکت‌کنندگان در پژوهش معتقد بودند مـددکاران اجتماعی روانپزشـکی می‌توانند در چارچوب مددکاری جامعه‌ای برای موضوعاتی مانند حساس‌سـازی قانون‌گذاران نسـبت به مشـکلات بیماران، اقدامات جامعه‌نگـر، مطالبه‌گری برای تقویت منابع حمایتی رسـمی و تقویت سیسـتم درمان، تقویت سیستم قضایی، تقویت سازمان بهزیسـتی برای خدمت‌دهی به بیماران مبتلا به اختلال روانپزشـکی، راه‌اندازی خانه‌های بین راهی و اسـکان حمایت شـده، تقویت هماهنگی بین سازمانی، مطالبه‌گری به‌منظور ورود موثرتر سـازمان‌های بیمه‌گر بـه حوزه درمان اختلالات روانپزشـکی و کاهش هزینه‌های درمان، غربالگری و شناسـایی زودهنـگام و راه‌اندازی خط اورژانس روانپزشکی چانه‌زنی و اقدام نمایند. شرکت‌کننده شماره بیست «مددکارها بزرگترین نقششون توی جاهایی که کار می‌کنند اینه که صدای این بیماران و خانواده‌هاشون تو سـطح جامعه و سیاستگذاری باشن، و این حوزه‌ای است که جدا مغفول مانده، یعنی مددکاران ما الان فقط در سطح فرد یا نهایت خانواده فعالیت دارن، در حالی که مشکل این بیماران مختص یک فرد و ده نفر نیست، جامعه بیماران روانپزشکی با مشکلات عدیده از کمبود خدمات درمان و توانبخشی گرفته تا نبود حمایت‌های اجتماعی موثر روبرو هسـتن، ما نیاز به برنامه‌ریزی اجتماعی داریم، نیاز به اصلاح قانون داریم، نیاز به متولی داریم مددکاران باید جامعه عمومی و مدیران و تصمیم‌گیران را نسـبت به مشکلات بیماران حساس کنند.» بر اسـاس یافته‌های دو مرحله قبلی متن پروتـکل مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی تهیه شد. در جدول شماره دو آمده است.

جدول(۱) مشخصات مشارکت‌کنندگان در مطالعه کیفی

ردیف	شرکت‌کننده	سن	جنسیت	تحصیلات	رشته تحصیلی	شغل
۱	مادر(مراقب)	۵۶	زن	دیپلم	انسانی	خانه‌دار
۲	دختر(مراقب)	۲۲	زن	فوق دیپلم	مهمانداری هواپیما	مهماندار
۳	مادر(مراقب)	۶۴	زن	ابتدایی	-	خانه‌دار
۴	مادر(مراقب)	۵۸	زن	ابتدایی	-	خانه دار
۵	خواهر(مراقب)	۳۵	زن	لیسانس	ادبیات	معلم
۶	بیمار	۳۴	مرد	دیپلم	ریاضی	-
۷	بیمار	۴۸	مرد	سیکل	-	-
۸	بیمار	۴۳	مرد	ابتدایی	-	-
۹	کارشناس	۳۵	زن	ارشد	کاردرمانی	کاردرمانگر بیمارستان
۱۰	کارشناس	۳۲	زن	ارشد	روانشناسی بالینی	روانشناس مرکز خصوصی
۱۱	کارشناس	۴۷	مرد	دکترا	پرستاری	سوپروایزر
۱۲	کارشناس	۴۲	زن	دکترا	کاردرمانگر	هیات علمی دانشگاه
۱۳	کارشناس	۴۵	مرد	متخصص	روانپزشکی	روانپزشک بیمارستان
۱۴	کارشناس	۴۲	زن	ارشد	پرستاری	سوپروایزر
۱۵	کارشناس	۵۴	زن	متخصص	روانپزشکی	هیات علمی دانشگاه
۱۶	کارشناس	۲۹	زن	ارشد	مددکاری اجتماعی	مددکار اجتماعی بیمارستان
۱۷	کارشناس	۳۵	زن	کارشناسی	مددکاری اجتماعی	مددکار اجتماعی بیمارستان
۱۸	کارشناس	۵۶	زن	ارشد	مددکاری اجتماعی	مددکار اجتماعی انجمن
۱۹	کارشناس	۳۴	زن	ارشد	مددکار اجتماعی	مددکار اجتماعی مرکز خصوصی
۲۰	کارشناس	۳۶	زن	ارشد	مددکار اجتماعی	مددکار اجتماعی مرکز روزانه
۲۱	کارشناس	۳۲	زن	کارشناسی	مددکار اجتماعی	مددکار اجتماعی مرکز روزانه
۲۲	کارشناس	۳۷	زن	ارشد	مددکار اجتماعی	مددکار اجتماعی بیمارستان
۲۳	کارشناس	۴۴	زن	دکترا	مددکار اجتماعی	هیات علمی دانشگاه

جدول(۲) خلاصه اجزای پروتکل مددکاری اجتماعی روانپزشکی

موضوعات اصلی/// توضیحات
رویکردهایی که مبنای پروتکل قرار گرفتند/// رویکردهای مدیریت مورد، بوم شناختی، مدل زیستی، روانی، اجتماعی، مدیریت اقتضایی و کار تیمی.
روش ارزیابی/// تریاژ و راند و ارزیابی دوره‌ای به روش ارزیابی چند وجهی بر اساس مدل ICM.
مداخلات مددکاری فردی/// شامل مصاحبه انگیزشی با بیمار و مراقب اصلی/خانواده، پاسخ به نیازهای پایه مراجع، آموزش‌های روانی اجتماعی به بیمار و مراقبت اصلی/خانواده، حمایت‌یابی، ارجاع، فعال‌سازی و تقویت شبکه حمایت مراجع، پیگیری پس از ترخیص، مشاوره مددکاری اجتماعی و توانبخشی شغلی.
مداخلات مددکاری گروهی/// با تاکید بر رویکرد توسعه در مددکاری گروهی و تشکیل گروه‌های آموزشی مشاوره‌ای، حمایت از تشکیل و برگزاری جلسات گروه‌های خودیار بیماران و خانواده‌ها.
مداخلات مددکاری با خانواده/// اقدامات مددکار اجتماعی برای بازپیوند بیماران به خانواده، تعیین قیم، آموزش مراقب اصلی/خانواده، مراقبت از مراقبین، توجه ویژه به پیشگیری و کاهش خشونت خانگی، استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به منظور ارتقای عملکرد خانواده .
مداخلات مددکاری جامعه‌ای/// شامل مداخلات اجتماع محور به منظور افزایش حمایت اجتماعی از بیمار در حال بهبودی و مراقب بیمار به‌منظور کاهش بار مراقبت خانواده و همچنین حمایت از ادغام اجتماعی بیمار در محیط زندگی خود، برنامه‌ریزی اجتماعی برای کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ و اقدام اجتماعی به‌منظور تقویت سیاست گذاری به نفع گروه هدف و انگ‌زدایی از بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی و خانواده آن‌ها در جامعه.
خاتمه مداخلات
پایش و ارزشیابی/// پایش و ارزشیابی متغیرهای عود، بار مراقبت خانواده، شبکه حمایتی، پذیرش و سازگاری، حمایت اجتماعی ادراک شده، وضعیت معیشت خانواده، دسترسی به درمان، خشونت خانگی، اشتغال، اوقات فراغت و علامت‌های هشدار دهنده عود.
گزارش نویسی و مستندسازی/// تشکیل پرونده برای هر مراجع و اجزای ضروری برای درج در پرونده.
مراقبت از خود/// ملاحظات مربوط مراقبت مددکار اجتماعی از خود در فرایند اجرای پروتکل و اقدامات ضروری برای پیشگیری از فرسودگی شغلی.
ملاحظات اخلاقی/// ضرورت رعایت کدهای اخلاقی دویست و هفتاد و پنج‌گانه مصوب انجمن علمی مددکاری اجتماعی ایران به شماره مصوبه ۳۰۳/ت/۹۲ تاریخ ۱۳۹۲/۳/۷ و توجه ویژه به ملاحظات اخلاقی در کار با مراجعان غیرداوطلب، برآورد میزان خطر، چالش‌های مربوط به تبعیض و سوگیری، ضرورت توجه به شفقت، شمول و توانمندسازی بیماران و خانواده آنان، صلاحیت حرفه‌ای مددکاران اجتماعی فعال در حوزه روانپزشکی و چالش‌های تضاد منافع.

بحث و نتیجه‌گیری

پروتکل مددکاری اجتماعی روانپزشـکی برای اولین بار در ایران طراحی شـده اسـت. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پس از طراحی پروتکل‌های پایه مددکاری اجتماعی بیمارستانی،[٤٤] پروتکل‌های مذکور را به همه بیمارستان‌ها اعم از بیمارسـتان‌های عمومی و تخصصی برای اجرا ابلاغ نمود و برای اولین بار به‌طور رسـمی مددکاران اجتماعی بیمارستانی

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

موظف شـدند مراجعان خـود را تریاژ کنند، به‌طور منظم راند انجام دهند، ارزیابی روانی- اجتماعی مراجعان را به‌طور سـاختاریافته‌تری انجـام دهنـد و از رویکـرد مدیریـت مورد استفاده کنند. اما پروتکل‌های پایه برای عرضه خدمت‌های پیشرفته‌تر در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تخصصی نمی‌توانستند کارآیی داشته باشند. مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌های تخصصی در مورد مداخلاتـی که باید برای مراجعانشـان انجام دهند که متناسـب با نوع بیمارسـتان ویژگی‌های بسیار خاصی داشتند، بـا ابهـام مواجه شـدند. در بیمارسـتان‌های روانپزشـکی که مـددکاران اجتماعی مدت زمان بیشـتری بـا بیمار و خانـواده در تعامل هستند، بستر مناسـبی برای انجام مداخلات خانوادگی، گروهـی و جامعه‌ای وجود دارد. امـا پروتکل‌های پایه بیشـتر بـر کار با فرد و نهایت مراقب تمرکز دارد و اگرچه در بازبینی اخیر به مداخلات گروهی و جامعه‌ای به‌طور مختصر اشـاره شـده ولی نه تنهـا چارچوب مشـخصی برای ایـن نوع مداخـلات آماده نشـده بلکه بنـا به‌دلایلی مانند «اسـتفاده از روش‌های مددکاری گروهی در بیمارستان‌ها چندان متداول نیسـت» یا «مداخلات جامعه محـور نیـز کمتر مورد اسـتقبال مـددکاران اجتماعی مراکز درمانی قـرار می‌گیرد» کم اهمیت جلوه داده شده‌اند.[٤٥] این در حالی اسـت کـه در پروتکل مـددکاری اجتماعی روانپزشـکی مداخلات مددکاری اجتماعی در سـطوح فـردی، خانوادگـی، گروهی و جامعه‌ای پیش‌بینی شده است.

پروتـکل حاضر می‌تواند توسـط مددکاران اجتماعـی کـه در مراکـز درمان بسـتری و سرپایی روانپزشکی مشـغول فعالیت هستند، بـه‌کار گرفته شـود. در پروتکل مـددکاری اجتماعـی روانپزشـکی که بر اسـاس مدل Intensive Case Management طراحی شـده اسـت، طیف بسـیار متنوعـی از مداخلات مـددکاری اجتماعی از زمـان پذیرش تا پس از ترخیص پیش‌بینی شـده اسـت. در پروتکل‌های پایه به‌دلیل ماهیت خدمت مددکاری اجتماعی در بیمارسـتان‌های عمومی و کوتاه مدت بودن حضور بیماران در بیمارستان از مدل مدیریت مورد Broker استفاده شده بود. اسـتفاده از ICM توسـط مددکار اجتماعی روانپزشکی بستر نظـری لازم برای عرضه خدمات متنوعتر در سـطوح مختلف را فراهم می‌کند. شـواهد پژوهشی در سـایر کشـورها تایید کننده مناسب بودن ICM برای مددکاری اجتماعی روانپزشکی است.[٤٦تا٥٠] در عین حال تجربه‌های مددکاران اجتماعی روانپزشکی در ایران نیز ضرورت استفاده از این مدل را مورد تایید قرار می‌دهد.

این پروتکل مسـتلزم به‌کارگیری رویکرد کار تیمی است. درحالی که یکی از شـکایت‌های مهم کارشناسان مصاحبه شـونده در این مطالعه تحمیل نظرات روانپزشکان به سایر اعضای تیم درمان بود. کار تیمی در بسیاری از مراکز درمان اختلالات روانپزشکی یا انجام نمی‌شود و یا اگر انجام می‌شـود تحت سلطه پزشکان به شدت آسیب می‌بیند. مددکاران اجتماعی که در مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی شرکت داشتند، بارها به این نکته اشـاره می‌کردند که مداخلات حرفه‌ای آن‌ها با تصمیم نابجای روانپزشکی متوقف شده است یا در مواردی که بیمار به‌دلیل مشکلات جدی در محیط زندگیش آمادگی برای ترخیص نداشـته، روانپزشـک بدون اخذ نظر سایر اعضای تیم درمان، برای ترخیص بیمار تصمیم‌گیری کرده است. به‌نظر می‌رسد ضعف کار تیمی بین حرفه‌ای یکی از دلایل مهم بازگشت بیماران است.

از سـوی دیگـر توجه بـه مراقبـت پـس از ترخیص از نـکات مهم ایـن پروتکل اسـت. مراقبت‌های پس از بیمارسـتانی به‌طـور عمده بر عهده خانواده بیمار اسـت. مراقبت نامناسـب از بیمار مبتلا به اختلال روانپزشکی در خانواده می‌تواند عامل مهمی برای بازگشت بیمار باشد. بسـیاری از عوامل خطر بازگشـت در محیط خانواده وجـود دارند یا با مشـارکت اعضای خانواده می‌توان عوامل خطر بازگشت را کاهش داد. ناآگاهـی و ضعف مهارت‌های اعضای خانواده موجب می‌شـود بیمار پس از ترخیص همچنان در معرض بازگشـت باقی بماند.[١٩،٢٦و٢٧]. در ایـن پروتکل،مداخلات مددکاری اجتماعی با خانواده بخش اصلی مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشـکی را تشکیل می‌دهند. به این ترتیب مددکار اجتماعی روانپزشـکی عـلاوه بر این‌که خدمات خود را مسـتقیما به بیمار عرضـه می‌کند، ضرورت دارد بـرای خدمت‌دهی به خانـواده نیز برنامه‌ریزی و اقدام نماید. در پروتکل تدوین شـده در این پژوهـش جزییات مربوط به مداخلات مـددکاری اجتماعی با خانواده شرح داده شده است.

مراقبت از مراقبین،[٥١و٥٢] ترغیب و توانمندسـازی اعضای خانواده برای مشـارکت در فرایند مراقبت،[٥٣] ارتقـای آگاهی و مهارت‌های خانواده برای تعامل با بیمار و حمایت‌یابی[٢٦] از جمله اقداماتی هستند

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

که مددکار اجتماعی می‌تواند در حوزه روانپزشکی برای خانواده دنبال کند. از این‌رو ضرورت دارد مراکز درمان اختلالات روانپزشکی شرایط را برای ارتباط مددکار اجتماعی با خانواده شامل ملاقات با خانواده در مرکز، بازدید منزل، برگزاری جلسات آموزشی و مشاوره‌ای با اعضای خانواده به‌صورت حضوری و غیرحضوری و پیگیری فعال وضعیت بیمار و خانواده فراهم نمایند.

مداخلات مددکاری گروهی بخش مهمی از خدمات حرفه‌ای مددکاران اجتماعی روانپزشکی هستند. گروه‌های آموزشی-مشاوره‌ای و گروه‌هایی که با هدف درمان تشکیل می‌شوند، از جمله مهمترین انواع گروه‌هایی هستند که در این حوزه می‌توانند تشکیل شوند. شواهد پژوهشی متعدد تاثیر مداخلات گروهی را در حوزه روانپزشکی مورد تایید قرار داده‌اند.[۲۲و۲۶]. شرکت‌کنندگان در این گروه‌ها می‌توانند بیماران و خانواده آن‌ها و یا اعضای شبکه حمایتی آن‌ها باشند. مددکاران اجتماعی روانپزشکی در مصاحبه‌ها نگرانی خود را در مورد حجم کاری بالا در بیمارستان‌های روانپزشکی مطرح می‌کردند. به‌نظر می‌رسد تشکیل گروه‌های مددکاری اجتماعی می‌توانند راه حل مناسبی برای خدمت‌دهی حرفه‌ای به تعداد بیشتری از گروه هدف باشند.

تمایل مراکز درمانی به خاتمه دادن مداخلات تیم درمان از زمان ترخیص بیمار از مرکز درمانی چالش بسیار بزرگ درمان و توانمندسازی بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی است. در حالی که مداخلات پس از ترخیص در دستاوردهای درمانی و توانمندسازی نقش حیاتی ایفا می‌کنند.[۳۵تا۳۷و۵۴] مددکاران اجتماعی روانپزشکی عوامل اصلی تیم درمان برای عرضه این مداخلات هستند. بی‌تردید بدون بازنگری در رویکردهای خدمت‌دهی در مراکز درمانی بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی این مهم میسر نخواهد شد. در شرایطی که منفعت مراکز درمانی در پذیرش بیماران در مراکز بستری و یا سرپایی تعریف می‌شود و ادغام اجتماعی بیمار و کاهش وابستگی او به سیستم درمانی در اولویت قرار نداشته باشد، مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی که بر بازگشت موفق بیمار به خانواده و جامعه تاکید دارد، امری بسیار دشوار خواهد بود.

برخی از چالش‌های بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی و مراقبین و خانواده آنان با مداخلات فردی، خانوادگی یا گروهی قابل پیگیری و حل نیستند و به‌طور اجتناب‌ناپذیری باید از مداخلات مددکاری جامعه‌ای در این زمینه استفاده نمود. به‌عنوان مثال در قالب مداخلات مددکاری جامعه‌ای می‌توان بر پدیده‌های مانند انگ اجتماعی و ادغام اجتماعی تاثیر گذاشت. خدمت‌دهی در بستر اجتماع یکی از راهبردهای مهم برای در دسترس قرار دادن خدمات مورد نیاز بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی است اما صرفا راه‌اندازی مرکز درمانی در بستر اجتماع نمی‌تواند مشکلات اجتماعی را که این افراد با آن‌ها مواجه هستند، کاهش دهد. مشارکت فعال جامعه در فرایند بازپیوند بیمار می‌تواند عامل تعیین کننده‌ای برای پیشگیری از بازگشت و ممانعت از بستری‌های مکرر بیمار در مراکز درمانی و نگهداری باشد.[۲۵و۵۵] خدمت‌دهی در محیط زندگی بیمار و فعال نمودن افراد تاثیرگذار بر زندگی او علاوه بر اعضای خانواده در مدل‌های مدیریت مورد به‌خصوص در Assertive Community Treatment و Intensive Case Management مورد توجه قرار می‌گیرند. پژوهش‌های متعددی بر موثر بودن این مدل‌های مدیریت مورد در بهبودی و پیشگیری از بازگشت بیماری تاکید کرده‌اند.[۵۳و۵۶تا۶۰]

محدودیت‌ها: این مطالعه اگرچه اولین مطالعه برای طراحی پروتکل خدمات مددکاری اجتماعی در حیطه روانپزشکی بود ولی محدودیت‌هایی نیز داشت. نخست این‌که تعداد مددکاران اجتماعی که سعی کرده‌اند مداخلاتی فراتر از حمایت‌یابی مالی را در مراکز درمان بستری و سرپایی مبتلایان به اختلالات روانپزشکی در ایران انجام دهند و یا در این زمینه پژوهش کرده‌اند، بسیار اندک است و شواهد پژوهشی مددکاران اجتماعی انگشت شمار بود. دوم این‌که اگرچه در طراحی اولیه پژوهش، بیماران و مراقبین نیز به‌عنوان شرکت‌کننده در بخش کیفی در نظر گرفته شدند، اما پس از انجام مصاحبه‌های مقدماتی با بیماران و مراقبین، به‌دلیل ناکفی بودن داده‌ها ادامه مصاحبه‌ها متوقف شد. بیماران و خانواده‌ها آشنایی زیادی با خدماتی که باید دریافت می‌کردند، نداشتند. آن‌ها نمی‌دانستند باید چه انتظاری از مددکاران اجتماعی داشته باشند. سوم این‌که در این پروتکل تعیین بار کاری برای هر مددکار اجتماعی در حوزه روانپزشکی به تفکیک تعداد بیمار بستری و سرپایی امکان پذیر نبود و به‌عنوان ابهامی در این پروتکل باقی ماند.

پیشنهادها: پیشنهاد می‌شود این پروتکل برای بازه زمانی چندماهه در تعدادی مرکز

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

درمانی بستری و سرپایی به‌صورت آزمایشی اجرا شود، تا ضمن مشخص شدن بار کاری، خلاها و اشکالات آن نیز برطرف شود. باتوجه به این‌که این پروتکل، اولین مستندی است که مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در حوزه روانپزشکی را با استناد به پژوهش‌های داخلی و خارج از ایران و همچنین تجربیات مددکاران اجتماعی روانپزشکی، سایر اعضای تیم درمان روانپزشکی و مراقبین اصلی بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی عرضه کرده است؛ پیشنهاد می‌شود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی این پروتکل را در مراکز درمان بستری و سرپایی مورد استفاده قرار دهد.

پروتکل مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی بر اساس رویکرد بوم‌شناختی خدمات مشخصی را در سطوح مختلف فردی، خانوادگی، گروهی و اجتماعی پیش‌بینی کرده است. استفاده از رویکرد مدیریت مورد و مدل ICM در این پروتکل تضمین کننده‌ای رویکردی جامع به درمان و توانمندسازی بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی است. مداخلات حرفه‌ای مددکاران اجتماعی روانپزشکی بر اساس این پروتکل به داخل مرکز درمانی محدود نمی‌شود و کاملا ضروری است که خانواده و محیط زندگی بیمار نیز به‌عنوان عرصه‌های مهم مداخلات مورد توجه قرار گیرد. ترخیص بیمار از مرکز درمانی به معنای خاتمه مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی نیست و مداخلات پس از ترخیص نقش اساسی در ارتقا و حفظ دستاوردهای درمانی خواهد داشت.

سپاسگزاری: این مقاله از نتایج مطالعه‌ای که تحت عنوان «طراحی پروتکل مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی» که با حمایت مرکز تحقیقات سایکوز دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی اجرا و استخراج شده است. نویسندگان مایل هستند از کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه کیفی و جلسات بحث گروهی صاحبنظران تشکر نمایند. مددکاران اجتماعی بیمارستان روانپزشکی رازی در فرایند اجرای این مطالعه و طراحی پروتکل نقش بسیار موثری ایفا کردند. مایل هستیم از مشارکت فعال سرکار خانم‌ها مریم لطیفیان، زهرا صفاهی‌فر، رقیه برخورداری، نرگس خداکرمی، فاطمه دشتی، معصومه شیرزادی، مهری طاوسی، افسانه عباس‌زاده، طاهره فخرل، فاطمه قربانی، مریم محمدی، اعظم موسوی، آزیتا همتی و مریم یاوری و جناب آقایان قاسم صلاح و ابوالفضل ارزه نی به‌طور ویژه تشکر کنیم.

منابع

References:

1. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the global burden of disease study 2016. The Lancet. 2017;390(10100):1211-59.
2. Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian mental health survey, 2011. Archives of Iranian medicine. 2015;18(2):0-.
3. Pennington M, McCrone P. The cost of relapse in Schizophrenia. PharmacoEconomics. 2017;35(9):921-36.
4. Doran CM, Kinchin I. A review of the economic impact of mental illness. Australian Health Review. 2017;43(1):43-8.
5. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2004;39(6):487-96.
6. Goodman R, Scott S. Child and adolescent psychiatry: John Wiley & Sons; 2012.
7. Millier A, Schmidt U, Angermeyer M, Chauhan D, Murthy V, Toumi M, et al. Humanistic burden in schizophrenia: A literature review. Journal of Psychiatric Research. 2014;54:85-93.
8. Chi MH, Hsiao CY, Chen KC, Lee L-T, Tsai HC, Lee IH, et al. The readmission rate and medical cost of patients with schizophrenia after first hospitalization—A 10-year follow-up population-based study. Schizophrenia Research. 2016;170(1):184-90.
9. Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S. Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. Iranian Journal of Psychiatry. 2015;10(4):239.
10. Fancourt D, Steptoe A. Cultural engagement and mental health: Does socio-economic status explain the association? Social Science & Medicine. 2019;236:112425.
11. Sajjadi H, Shushtari ZJ, Mahboubi S, Rafiey H, Salimi Y. Effect of socio-economic status, family smoking and mental health through social network on the substance use potential in adolescents: A mediation analysis. Public Health. 2018;157:14-9.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

12. Vostanis P. Mental health services for children in public care and other vulnerable groups: Implications for international collaboration. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2010;15(4):555-71.
13. Olivares JM, Sermon J, Hemels M, Schreiner A. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: A systematic literature review. Annals of General Psychiatry. 2013;12(1):1-11.
14. Xiao J, Mi W, Li L, Shi Y, Zhang H. High relapse rate and poor medication adherence in the Chinese population with schizophrenia: Results from an observational survey in the People's Republic of China. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2015;11:1161.
15. Schennach R, Obermeier M, Meyer S, Jäger M, Schmauss M, Laux G, et al. Predictors of relapse in the year after hospital discharge among patients with schizophrenia. Psychiatric Services. 2012;63(1):87-90.
16. Fusar-Poli P, Papanastasiou E, Stahl D, Rocchetti M, Carpenter W, Shergill S, et al. Treatments of negative symptoms in schizophrenia: Meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials. Schizophrenia Bulletin. 2015;41(4):892-9.
17. Singh SP, Singh V, Kar N, Chan K. Efficacy of antidepressants in treating the negative symptoms of chronic schizophrenia: Meta-analysis. The British Journal of Psychiatry. 2010;197(3):174-9.
18. Teasdale SB, Latimer G, Byron A, Schuldt V, Pizzinga J, Plain J, et al. Expanding collaborative care: Integrating the role of dietitians and nutrition interventions in services for people with mental illness. Australasian Psychiatry. 2018;26(1):47-9.
19. Aguglia E, Pascolo-Fabrici E, Bertossi F, Bassi M. Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2007;3(1):1-12.
20. Zou H, Li Z, Nolan MT, Arthur D, Wang H, Hu L. Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis. International Journal of Mental Health Nursing. 2013;22(3):256-71.
21. Klingberg S, Wittorf A, Fischer A, Jakob-Deters K, Buchkremer G, Wiedemann G. Evaluation of a cognitive behaviourally oriented service for relapse prevention in schizophrenia. Acta psychiatrica scandinavica. 2010;121(5):340-50.
22. Rummel-Kluge C, Stiegler-Kotzor M, Schwarz C, Hansen W-P, Kissling W. Peer-counseling in schizophrenia: Patients consult patients. Patient Education and Counseling. 2008;70(3):357-62.
23. Kurzban S, Davis L, Brekke JS. Vocational, social, and cognitive rehabilitation for individuals diagnosed with schizophrenia: A review of recent research and trends. Current Psychiatry Reports. 2010;12(4):345-55.
24. Chatterjee S, Leese M, Koschorke M, McCrone P, Naik S, John S, et al. Collaborative community based care for people and their families living with schizophrenia in India: Protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2011;12(1):12.
25. Brekke J, Hoe M, Green M. Neurocognitive change, functional change and service intensity during community-based psychosocial rehabilitation for schizophrenia. Psychological Medicine. 2009;39(10):1637-47.
26. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—A meta-analysis. Schizophrenia Bulletin. 2001;27(1):73-92.
27. Chien W-T, Thompson DR, Norman I. Evaluation of a peer-led mutual support group for Chinese families of people with schizophrenia. American Journal of Community Psychology. 2008;42(1):122-34.
28. Ben-Zeev D, Brenner CJ, Begale M, Duffecy J, Mohr DC, Mueser KT. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a smartphone intervention for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2014;40(6):1244-53.
29. Treisman GJ, Jayaram G, Margolis RL, Pearlson GD, Schmidt CW, Mihelish GL, et al. Perspectives on the use of ehealth in the management of patients with Schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2016;204(8):620.
30. Španiel F, Vohlídka P, Kožený J, Novák T, Hrdlička J, Motlová L, et al. The information technology aided relapse prevention programme in Schizophrenia: An extension of a mirror-design follow-up. International Journal of Clinical Practice. 2008;62(12):1943-6.
31. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. BMC Psychiatry. 2012;12(1):48.
32. Gharaeipour M, Scott B. Effects of cognitive remediation on neurocognitive functions and psychiatric symptoms in schizophrenia inpatients. Schizophrenia Research. 2012;142(1-3):165-70.
33. Foruzandeh N, Parvin N. Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: A pilot randomized controlled trial. Japan Journal of Nursing Science. 2013;10(1):136-41.
34. Malakouti SK, Nojomi M, Panaghi L, Chimeh N, Mottaghipour Y, Joghatai MT, et al. Case-management for patients with schizophrenia in Iran: A comparative study of the clinical outcomes of mental health workers and consumers' family members as case managers. Community Mental Health Journal. 2009;45(6):447-52.
35. Ghadiri Vasfi M, Moradi-Lakeh M, Esmaeili N, Soleimani N, Hajebi A. Efficacy of aftercare services for people with severe mental disorders in Iran: A randomized controlled trial. Psychiatric Services. 2015;66(4):373-80.
36. Khaleghparast S, Ghanbari B, Kahani S, Malakouti K, SeyedAlinaghi S, Sudhinaraset M. The ef-

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]

fectiveness of discharge planning on the knowledge, clinical symptoms and hospitalisation frequency of persons with schizophrenia: a longitudinal study in two hospitals in Tehran, Iran. Journal of Clinical Nursing. 2014;23(15-16):2215-22.
37. Khankeh H, Rahgozar M, Ranjbar M. The effects of nursing discharge plan (post-discharge education and follow-up) on self-care ability in patients with chronic schizophrenia hospitalized in Razi psychiatric Center. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2011;16(2):162.
38. Sharifi V, Tehranidoost M, Yunesian M, Amini H, Mohammadi M, Roudsari MJ. Effectiveness of a low-intensity home-based aftercare for patients with severe mental disorders: A 12-month randomized controlled study. Community Mental Health Journal. 2012;48(6):766-70.
39. Rahmati M, Falahi-Khoshknab M, Rahgouy M, Rahgozar M. The effect of spiritual-religious group therapy on mental status of schizophrenic inpatients. Iranian Journal of Nursing Research. 2010;5(16):13-20.
40. Brooke-Sumner C, Petersen I, Asher L, Mall S, Egbe CO, Lund C. Systematic review of feasibility and acceptability of psychosocial interventions for schizophrenia in low and middle income countries. BMC Psychiatry. 2015;15(1):19.
41. Bland R, Renouf N. Social work and the mental health team. Australasian Psychiatry. 2001;9(3):238-41.
42. Turner FJ. Social work treatment: Interlocking theoretical approaches: Oxford University Press; 2017.
43. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. New Directions for Program Evaluation. 1986;1986(30):73-84.
44. Maarefvand M, Zabihi Poursaadat M, Torabi Z, Abri S, Chenaparchi M, Bahari E, Norouzi S, et al. Six protocols of basic social work interventions in the hospital. In: Office SW, editor. Ministry of Health and Medical Education, 2017. [Persian]
45. Javadi M. Comprehensive protocol of social work services in hospitals and educational and medical centers. In: Office SW, editor. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2021. [Persian]
46. Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: Systematic review and meta-regression. BMJ. 2007;335(7615):336.
47. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(1).
48. Nelson G, Aubry T, Lafrance A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. American Journal of Orthopsychiatry. 2007;77(3):350-61.
49. Stergiopoulos V, Gozdzik A, Misir V, Skosireva A, Connelly J, Sarang A, et al. Effectiveness of housing first with intensive case management in an ethnically diverse sample of homeless adults with mental illness: A randomized controlled trial. PLoS One. 2015;10(7):e0130281.
50. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tyrer P, et al. Reducing violence in severe mental illness: Randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. BMJ. 2001;323(7321):1093.
51. Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: A narrative review. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2018;23(5):329.
52. Sherifali D, Ali MU, Ploeg J, Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, et al. Impact of internet-based interventions on caregiver mental health: Systematic review and meta-analysis. Journal of Medical Internet Research. 2018;20(7):e10668.
53. Dombestein H, Norheim A, Lunde Husebø AM. Understanding informal caregivers' motivation from the perspective of self-determination theory: An integrative review. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2020;34(2):267-79.
54. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. BMC psychiatry. 2012;12(1):1-9.
55. Chatterjee S, Leese M, Koschorke M, McCrone P, Naik S, John S, et al. Collaborative community based care for people and their families living with schizophrenia in India: Protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2011;12(1):1-14.
56. Arya DK. Case management, care-coordination and casework in community mental health services. Asian Journal of Psychiatry. 2020;50:101979.
57. Coles BA. Intensive case management for severe mental illness. Issues in Mental Health Nursing. 2018;39(2):195-7.
58. Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, Yonemoto N, Otsuka K, Kamijo Y, et al. Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): A multicentre, randomised controlled trial. The Lancet Psychiatry. 2014;1(3):193-201.
59. Sanborn C. Case management in mental health services: Routledge; 2014.
60. Wong DFK. Clinical case management for people with mental illness: A biopsychosocial vulnerability-stress model: Routledge; 2014.

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.1735451.1401.11.2.5.4]