

## Pathology of Economic Support with a Focus on Discounting and Financial Support of Social Workers in Medical Centers

**Seyed Mohammad Hossein Javadi**

Assistant professor of social work, Mashhad University of Medical Sciences. Iran.

**Mohammad Sabzi Khoshnami**

Assistant professor of social work, University of Rehabilitation Sciences and Social Health. Tehran. Iran.

**Tahereh Azari Arghun \***

Master of Educational Psychology. Al-Zahra University. Tehran. Iran.

**Sara Noruzi**

PhD in Social Work, Faculty of Health and Nutrition, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad. Iran.

**Farzaneh Yaqhub**

PhD in sociology of groups. Islamic Azad University, Tehran Central Branch, Tehran. Iran.

**Mahdokht Memarian**

Bachelor of Social Work, Allameh Tabataba'i University. Tehran. Iran.

### Introduction:

Trying to reduce the costs of health care services, improving health outcomes, and addressing the social determinants of health is one of the most important functions of social workers in the health system. Many clients may refer to the social worker due to economic problems, but this referral creates an opportunity for the social worker to identify the socio-psychological and cultural issues of the patient and to self-sufficiency, enable and reduce the possibility of re-hospitalization. To help Economic support for patients is one of the main dimensions of support in the field of health and medical social work but it is very important to do this type of support professionally.

If the economic support is not properly evaluated and targeted, there will be consequences such as improper distribution of resources, expansion of the culture of using government resources, excessive focus on economic support instead of psychosocial support, dependence of clients instead of empowering them, and other cases. Therefore, this qualitative research was conducted with the aim of analyzing the economic support of social workers in medical centers to needy patients.

\* Corresponding Author: [tahereazari@gmail.com](mailto:tahereazari@gmail.com)

**How to Cite:** Javadi, Seyed Mohammad Hossein; Sabzi Khoshnami, Mohammad; Azari Arghoun, Tahereh; Noruzi, Sara; Yaghoob, Farzaneh; Memarian, Mahdokht. (2022). A Pathology of Economic Support with Focus On Financial Assistance for Social Workers in Medical Centers, Journal of Social Work Research, 9 (33). 1-39.

**Research question:**

Pathology of economic support with a focus on discounts and financial assistance for social workers in medical centers

**Research background:**

Most studies have either considered the cost benefit of social work services or have compared social work services to other clinical services. However, some studies related to the present research are briefly mentioned in this section.

A study titled "Social Work Support and Unmet Social Needs in Life after Stroke: A Cross-sectional Exploratory Study" was conducted in 2019 by Lenner et al. The results of this research showed that unmet social needs are associated with lower quality of life and higher care burden (Lener et al., 2019).

Another study titled "Health Outcomes and Costs of Social Work Services: A Systematic Review" was conducted in 2017 by Gill et al. This systematic review of research over the past 27 years sheds light on social work roles and service outcomes for health problems. The results of 7 studies showed social work-led services scored higher in quality ratings than 9 studies as team members. Most studies showed positive effects on health and service use. Cost savings were nearly consistent across studies because 15 out of 16 studies showed positive effects of economic interventions related to social workers (Gil et al., 2017).

One of the researches carried out in 1998 by Sara Abri and Mohammad Zahedi Asl was entitled "Medical Social Workers: Current Roles and Duties". This research shows that in both direct and indirect roles, recruitment and financial support are part of the activities of medical social workers but in general, either these roles are not professional or specialized, or they are not clear (Abri et al., 2015).

**Method:**

The current research is a qualitative study of conventional content analysis. In order to collect data, a focus group discussion (FGD) method was used with the presence of 18 social workers from headquarters, universities of medical sciences and medical centers. Based on the semi-structured interview, the topic was raised and people expressed their opinions on the topics. The data were analyzed using conventional content analysis based on Lundman and Lundman's five steps (Graneheim & Lundman, 2004).

In order to determine the validity of the data, Guba and Lincoln criteria were used. To confirm the data, the researcher's long-term involvement and appropriate interaction with the participants and their review were used, which also helped to increase the acceptability of the data.

**Findings:**

The findings were placed in two main categories. The category of weak interorganizational cooperation includes Organizational attitudes and false beliefs. The category of Irresponsible challenges outside the organization includes Functional shortness and weak views of institutions and institutions and The effect of the synergistic formation of social and cultural injuries on the function of social work.

**Conclusion:**

Based on the findings of this study, various factors affect the performance of healthcare social workers in supporting the needy which is a part of these internal organizational factors that is related to different levels of the Ministry of Health, and the other part is external factors, which are generally not within the scope of the Ministry of Health's authority, but its effects can be reduced in this area by foreseeing preparations. In the current situation, there is a strong need for economic support for patients, especially low-income and affected groups, and this support should be based on a specific framework and without the interference of other groups by social workers to access equal opportunities and increase the efficiency of these groups.

The results of this study are suitable for health researchers and policy makers to design practical strategies. The first theme of weak intra-organizational cooperation and cooperation includes infrastructural, legal, and resource problems, and organizational misbeliefs and attitudes. The second theme of irresponsible challenges outside the organization includes dysfunctional and wrong attitudes of institutions and institutions and synergy of social and cultural harms on social work function. Therefore, one of the impressions that can be obtained from the current research is that economic issues and financial support are complex issues and are derived from many social, cultural and infrastructure concepts. Therefore, to solve many of the mentioned factors, long-term and multifaceted programs are needed. Part of the required programs is infrastructural, part is related to resources and equipment, and another part is related to content and content.

**Keywords:** Economic Support, Discount, Needy Patients, Medical Centers, Social Work



## آسیب‌شناسی حمایت اقتصادی با تمرکز بر تخفیف و مساعدت مالی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی

سید محمدحسین جوادی | استادیار مددکاری اجتماعی، دانشکده پیراپزشکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران.

محمد سبزی خوشنامی | استادیار مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

طاهره آذری ارقون\* | کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

سارا نوروزی | دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

فرزانه یعقوب | دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

ماهدخت معماریان | کارشناس مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

### چکیده

یکی از فعالیت‌های مهم مددکاران اجتماعی حمایت اقتصادی از بیماران نیازمند بر اساس ارزیابی و تشخیص حرفه‌ای است. این پژوهش کیفی باهدف آسیب‌شناسی حمایت‌های اقتصادی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی از بیماران نیازمند انجام شد. پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا قراردادی است. جهت جمع‌آوری داده‌ها از روش بحث گروهی متمرکز (FGD) به صورت مبتنی بر هدف، با حضور ۱۸ نفر از مددکاران اجتماعی ستاد، دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز درمانی استفاده شد. یافته‌های حاصل از پژوهش در قالب کدها، زیر طبقه‌ها و درون‌مایه/طبقه‌ها تحت عنوان همراهی و همکاری ضعیف درون سازمانی و چالش‌های غیرمسئولانه برون‌سازمانی مؤثر بر موضوع تخفیفات طبقه‌بندی شد. در محور درون‌سازمانی موضوعاتی چون ضعف سامانه HIS بیمارستانی، مداخله سایرین در ثبت تخفیف، ضعف دستورالعمل‌ها، تصدی پست مددکاری اجتماعی توسط سایر رشته‌ها، ضعف در مستندسازی، کمبود نیرو و امکانات، نامتوازن بودن اختیارات با مسئولیت‌ها، عدم آشنایی کادر درمانی با ماهیت مددکاری اجتماعی و در حیطه برون‌سازمانی شامل ضعف عملکرد سایر ارگان‌های حمایتی، افزایش آسیب‌های اجتماعی، اتباع غیرقانونی، نقش بیمه، هزینه‌های تحمیلی، افزایش مراجعه به بیمارستان‌های دولتی و فرهنگ استفاده از منابع دولتی می‌باشد. طبق نتایج پژوهش عوامل گوناگونی در میزان و چگونگی انجام حمایت‌های اقتصادی مددکاران اجتماعی از بیماران نیازمند تأثیرگذار است که این امر موجب تحمیل بار هزینه‌های هنگفت بر سیستم بهداشت و درمان کشور شده است. از سوی دیگر منجر به غیرتخصصی شدن حرفه مددکاری اجتماعی و ایجاد نگرش تقلیل عملکرد مددکاری اجتماعی به حمایت اقتصادی در جامعه نسبت به این حرفه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: حمایت اقتصادی، تخفیف، نیازمندان، مراکز درمانی، مددکاری اجتماعی.

## طرح مسئله

موضوع سلامت یکی از ارکان اصلی حقوق بشر و عدالت اجتماعی است. همه مردم حق یکسانی برای دسترسی به منابع و خدماتی دارند که باعث ارتقای سلامتی آنها در همه ابعاد، از جمله خدمات اجتماعی می‌شود. مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی هر روز با کودکان، مردان و زنانی که برای تحقق این حقوق اولیه سلامت درگیر هستند، ارتباط دارند (Weerahandi et al, 2015: 482). به عنوان مثال، مددکاران اجتماعی از خانواده‌هایی حمایت می‌کنند که فقر، دسترسی آنها را به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی محدود کرده است؛ و یا خانواده‌هایی که مشکلات سرپرستی خانوار دارند، افراد بی‌خانمان، مهاجران و سایر گروه‌های محروم که با موانعی برای تأمین سلامتی مواجه هستند؛ زنان و کودکانی که از پیامدهای سلامت جسمی و عاطفی ناشی از خشونت و تروما رنج می‌برند که اغلب با سوء‌مصرف مواد مرتبط است؛ بیمارانی که در نتیجه تحریم دسترسی‌شان به دارو و تجهیزات مورد نیاز محدود شده است. در تمامی این موارد زندگی مردم به دلیل نابرابری به خطر می‌افتد و آسیب می‌بیند. برای اینکه خدمات بهداشتی منجر به نتایج عادلانه اجتماعی شود، مردم نیاز به دسترسی برابر به منابع اولیه دارند (Basu et al, 2012: 524, Harrise et al, 2002, Sullivan et al, 2002: 579).

تلاش برای کاهش هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی، بهبود پیامدهای سلامت، و پرداختن به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت از مهم‌ترین کارکردهای مددکاران اجتماعی در نظام سلامت است. مددکاران اجتماعی با توجه به تمرکز آنها بر بهبود ارائه خدمات سلامت و پیامدهای بهداشتی برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر که اغلب به دلیل عوامل اجتماعی متعدد تعیین‌کننده سلامت در معرض آسیب هستند، مورد تأکید هستند (Sommers, 2000: 1826).

مددکاری اجتماعی بالینی<sup>۱</sup> به دنبال حذف موانع، چه در محیط اطراف بیمار یا در نگرش او که در روند درمان دخالت می‌کند، می‌باشد (ابری و زاهدی اصل، ۱۳۹۶: ۱۰۴).

آن‌ها همچنین از انواع مداخلات شامل مداخلات فردی، گروهی و جامعه‌ای در کاهش پیامدهای بیماری بر فرد و خانواده استفاده می‌کنند. برای مثال مطالعه‌ای بر روی خانواده بیماران اسکیزوفرنیا، نشان داد که آموزش تاب آوری به کاهش بار مراقبتی مراقبین بیماران اسکیزوفرنیا مؤثر بوده است و باعث بهبود عملکرد اجتماعی، اقتصادی و رفاهی خانواده می‌شود (Sirjani et al, 2022: 18). مددکاران اجتماعی بر اساس دیدگاه شخص در محیط<sup>۱</sup> و ارتباط بین فرد و محیط، سعی در حل مشکلات همه‌جانبه مددجو داشته و تلاش می‌کنند با ارائه حمایت‌های روانی، اجتماعی و اقتصادی مورد نیاز به مددجویان به توانمندسازی ایشان کمک نمایند. بنابراین برخی از کارکردهای مددکاری اجتماعی پزشکی شامل: ارزیابی روانی اجتماعی<sup>۲</sup>، آموزش خانواده و مداخله در بحران<sup>۳</sup>، مشاوره برای افراد و زوجها و خانواده<sup>۴</sup>، ارزیابی خطر<sup>۵</sup>، ارزیابی مالی<sup>۶</sup>، هماهنگی مراقبت و برنامه‌ریزی ترخیص<sup>۷</sup>، خدمات اطلاعات و ارجاع (ارتباط بیماران و مراقبان به منابع جامعه و سیستم بهداشت و درمان)، مداخله در تصمیم‌گیری مربوط به خط‌مشی و برنامه‌ریزی می‌باشد (Sverker et al, 2017).

ارزیابی نیازهای بیماران معمولاً اولین گامی است که مددکار اجتماعی انجام می‌دهد. این مسئله ممکن است شامل مصاحبه با بیمار، خانواده‌اش و تیم پزشکی باشد (علی‌نیا؛ سبزی و جوادیان، ۱۳۹۵: ۱۳۱). ارزیابی کامل بیمار به مددکار اجتماعی کمک می‌کند تا مشخص نماید که نیازهای بیمار چیست و چطور برطرف می‌شود. مددکار اجتماعی به همه نگرانی‌های فرد و خانواده‌اش توجه می‌کند. موضوعات مالی معمولاً موضوعات بسیار رایجی هستند که مددکاران اجتماعی درمان هرروزه با آن روبه‌رو می‌شوند (سعیدپور و همکاران، ۱۳۹۷: ۳۹).

- 
1. Person- in-Environment
  2. Psychosocial assessment
  3. Family education and crisis intervention
  4. Counselling for individuals, couples and families
  5. Risk assessment
  6. Financial assessment and fund management
  7. Care Coordination & Discharge Planning

از گذشته تا به امروز به ویژه در محیط بیمارستان‌های عمومی مددکاران اجتماعی بسیار درگیر بعد اقتصادی فرد و حمایت مادی از وی بوده و هستند. ممکن است بسیاری از مراجعین به دلیل مشکلات اقتصادی به مددکار اجتماعی بهداشتی - درمانی مراجعه نمایند، اما این مراجعه فرصت را برای مددکار اجتماعی ایجاد می‌کند که مسائل اجتماعی - روانی و فرهنگی مبتلا به وی را شناسایی کرده و خودکفایی، قادرسازی، کاهش احتمال بازگشت مجدد وی به بیمارستان کمک نماید.

در بسیاری شرایط بیماران حتی هزینه رفت و آمد و اسکان خود را ندارند و ممکن است برخی نهادهای حمایتی مانند بهزیستی و کمیته امداد نیز، افراد تحت پوشش خود را مورد حمایت قرار ندهند. از طرفی سازمان‌های بیمه‌گر نیز به دلیل نامتناسب بودن حق بیمه‌ها و نبود سازوکارهای روشن امکان تحت پوشش قرار دادن گروه‌های خاص را ندارند. این عوامل موضوع حمایت اقتصادی توسط مددکاران اجتماعی را مورد تأکید قرار می‌دهد. در واقع در این بعد مددکاران اجتماعی گروه‌هایی را که در ساختارهای موجود جامعه جای نمی‌گیرند (مانند مجهول‌الهویه‌ها، نوزادان رهاشده، اتباع غیرقانونی، بیماری‌های نادر با هزینه‌های سنگین درمانی، تصادفی‌های فاقد مدرک، ضرب و جرحی‌ها و غیره) و برای آن‌ها سازوکاری پیش‌بینی نشده است از طریق پیگیری و جلب مشارکت ارگان‌های دولتی، خصوصی و خیرین مورد توجه قرار می‌دهند.

بر این اساس مددکاران اجتماعی تلاش می‌کنند فرصت‌هایی را برای تأمین مالی و یا کاهش مشکلات اقتصادی جمعیت‌های کم‌درآمد و مراجعین آسیب‌پذیر ایجاد کنند اما با این وجود دانش بومی اندکی در خصوص این حیطه در دسترس است. مددکاران اجتماعی می‌توانند در مورد خطرات محیطی بر مباحث مالی و خانواده‌های کم‌درآمد و تأمین منابع برای تأمین مالی کمک نمایند (ابری و همکاران، ۱۳۹۵: ۲۳۲).

حمایت‌های اقتصادی از بیماران یکی از ابعاد اصلی حمایت‌های حوزه مددکاری اجتماعی بهداشت و درمان است؛ اما انجام تخصصی این نوع حمایت بسیار مهم است. مطالعات زیادی هزینه فایده حمایت‌های اقتصادی مددکاری اجتماعی از بیماران را مورد

تأیید قرار داده‌اند (Weiner et al, 2001: 148, Sommers, 2000: 1830). با این وجود در صورتی که حمایت اقتصادی از مراجعین به درستی ارزیابی نشده و هدفمند صورت نگیرد پیامدهایی چون توزیع نامناسب منابع، گسترش فرهنگ بهره‌گیری از منابع دولتی، تمرکز بیش از حد بر حمایت اقتصادی بجای حمایت روانی اجتماعی، وابستگی مراجعین بجای توانمندسازی ایشان و سایر موارد می‌گردد.

در این راستا مطالعه حاضر به بررسی زوایای حمایت‌های اقتصادی مددکاران اجتماعی بهداشتی-درمانی به عنوان یک موضوع چندبعدی و تحت تأثیر فرهنگ است که بررسی آن به رویکردی فراتر از روش‌های صرفاً کمی نیاز دارد و همین دلایل، لزوم بررسی عمیق‌تر این پدیده را ایجاب می‌کند. پژوهش حاضر در پی آسیب‌شناسی مسائل و مشکلات این حوزه می‌پردازد. تا بستری برای بازنگری و تقویت اقدامات برای ارتقاء خدمات مددکاری اجتماعی با تمرکز بر حمایت‌های اقتصادی تدوین و طراحی کرد.

#### سؤال پژوهش:

#### سؤال اصلی:

آسیب‌شناسی حمایت اقتصادی با تمرکز بر تخفیف و مساعدت مالی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی

#### سؤالات فرعی:

چه مشکلات درون سازمانی در حیطه حمایت اقتصادی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی وجود دارد؟

چه مشکلات برون‌سازمانی در حیطه حمایت اقتصادی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی وجود دارد؟



### پیشینه پژوهش

تحقیقات اندکی در حوزه چالش‌ها و مشکلات پیرامون حمایت اقتصادی مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها صورت گرفته است. اکثر مطالعات یا به هزینه فایده خدمات مددکاری اجتماعی پرداخته‌اند و یا خدمات مددکاری اجتماعی را در مقایسه با سایر خدمات بالینی قرار داده‌اند. با این وجود برخی از مطالعات مرتبط با پژوهش حاضر به‌طور خلاصه در این بخش ذکر می‌شود.

پژوهش‌های خارجی: مطالعه‌ای با عنوان «حمایت مددکاری اجتماعی و نیازهای اجتماعی برآورده نشده در زندگی پس از سکت: یک مطالعه اکتشافی مقطعی» در سال ۲۰۱۹ توسط لنر و همکاران انجام شد. در این مطالعه که با هدف بررسی حمایت مورد نیاز برای بازگشت به کار، دریافت مزایای اجتماعی، شرکت در فعالیت‌های روزمره زندگی، حفظ ارتباط با خانواده و دوستان و سازمان‌دهی امور مالی انجام شده است. نتایج این پژوهش نشان داد که نیازهای اجتماعی برآورده نشده با کیفیت زندگی پایین‌تر و بار مراقبتی بالاتر همراه است (لنر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

مطالعه دیگری با عنوان «پیامدهای سلامت و هزینه‌های خدمات مددکاری اجتماعی: مرور سیستماتیک» در سال ۲۰۱۷ توسط گیل و همکاران انجام شد. این بررسی سیستماتیک تحقیقات در ۲۷ سال گذشته، نقش‌های مددکاری اجتماعی و نتایج خدمات ارائه شده برای مشکلات سلامت را روشن می‌کند. در این مطالعات، مددکاران اجتماعی انواع خدمات مستقیم را به عنوان ارائه‌دهنده اصلی یا رهبر یا به عنوان عضو اصلی تیم ارائه کردند. یافته‌های این بررسی نشان داد که مداخلات مددکاران اجتماعی، چه از طریق خدمات انفرادی، رهبری تیم، یا عضویت اصلی در تیم‌های بین حرفه‌ای، اثرات مثبتی بر پیامدهای سلامت داشته و هزینه کمتری نسبت به مراقبت‌های فاقد خدمات مددکاری اجتماعی داشته است. نتایج مربوط به ۷ مطالعه، نشان داد؛ خدمات تحت رهبری مددکاری

اجتماعی نسبت به ۹ مطالعه مددکاران اجتماعی به عنوان اعضای تیم، امتیاز بالاتری در رتبه‌بندی کیفیت کسب کردند. اکثر مطالعات اثرات مثبتی بر سلامت و استفاده از خدمات نشان دادند. صرفه‌جویی در هزینه تقریباً در تمام مطالعات ثابت بود. زیرا ۱۵ مطالعه از ۱۶ مطالعه اثرات مثبت مداخلات اقتصادی مربوط به مددکاران اجتماعی را نشان دادند (گیل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۷).

پژوهش‌های داخلی: در حوزه حمایت اقتصادی از بیماران در مراکز درمانی در ایران پژوهش‌های چندانی انجام نگرفته است. یکی از پژوهش‌های انجام گرفته در سال ۹۸ توسط ساره ابری و محمد زاهدی اصل با عنوان «مددکاران اجتماعی پزشکی: نقش‌ها و وظایف کنونی» بوده است. این پژوهش به روش تحلیل محتوای کیفی انجام شده است و یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد نقش‌های مددکاران اجتماعی پزشکی در ۲ دسته نقش‌های مستقیم و نقش‌های غیرمستقیم تقسیم‌بندی می‌شود. این پژوهش نشان می‌دهد در هر دو دسته نقش‌های مستقیم و غیرمستقیم جذب و حمایت مالی جزء فعالیت‌های مددکاران اجتماعی پزشکی محسوب می‌شود. اما به‌طور کلی یا این نقش‌ها یا حرفه‌ای و تخصصی نیستند و یا اینکه واضح و روشن نمی‌باشند (ابری و همکاران، ۱۳۹۵).

همچنین پژوهش دیگری با عنوان «بررسی میزان حمایت‌های مؤسسات مردم نهاد از بیماران سرطانی و تأثیر آن در کاهش مشکلات آنان» در شهر تهران توسط محبوبه شهبابی در سال ۱۳۹۵ انجام گرفته است. این پژوهش از نوع کاربردی و روش تحقیق نیز توصیفی همبستگی بوده. جمعیت آماری شامل ۳۸۵ نفر از بیماران تهرانی بود که از انواع حمایت‌های مؤسسات مردم نهاد برخوردار بوده‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین حمایت از بیماران سرطانی و کاهش مشکلات آنان در ابعاد اقتصادی، اجتماعی، عاطفی و روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد (شهبابی، ۱۳۹۵).

## روش

پژوهش حاضر به صورت یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا قراردادی<sup>۱</sup> که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۷ با هدف آسیب‌شناسی حمایت‌های اقتصادی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی از بیماران نیازمند انجام شد. این رویکرد تصدیق ایده‌های از قبل مشخص شده نیست، بلکه منجر به بصیرتی جدید می‌شود و متمرکز بر موقعیت‌های طبیعی است. این روش احتمال توضیح مفاهیم موردنظر را فراهم می‌آورد (Adib et al, 2011:372). دلیل انتخاب این رویکرد محدود بودن نظریه و متون پژوهشی در مورد پدیده موردنظر می‌باشد. محققان در این رویکرد برای استخراج بصیرت‌های جدید و تجارب مستقیم افراد با پرسیدن سؤالات باز خودشان را در داده‌ها غوطه‌ور می‌کنند (Hsieh & Shannon, 2005: 1285).

انتخاب مشارکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین مددکاران اجتماعی شاغل در ستاد وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، و مراکز درمانی، شامل ۱۸ نفر که تمایل به ارائه نظر در این خصوص داشتند و تجارب مفیدی در این زمینه داشتند، طی دو جلسه حضوری انجام گردید. معیارهای ورود به پژوهش شامل علاقه‌مندی، فعالیت در واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان یا دانشگاه علوم پزشکی، و معیارهای خروج شامل مددکاران شاغل در بیمارستان‌های خصوصی و مراکزی که حمایت اقتصادی ارائه نمی‌دهند. با توجه حساسیت موضوع حمایت اقتصادی و احتمال ارائه اطلاعاتی که نباید خارج از گروه مطرح شود، از دعوت افراد غیر شاغل در نظام سلامت خودداری گردید. همچنین به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات در قالب پژوهش و بدون ذکر نام و با ملاحظات سازمانی در پژوهش استفاده خواهد شد.

به دلیل ماهیت موضوع پژوهش از روش بحث گروهی متمرکز<sup>۲</sup> استفاده شد. این روش شامل مصاحبه در مورد یک موضوع خاص با گروهی از افراد است که عمدتاً تجارب، افکار و اندیشه‌های مرتبط دارند. و به منظور دستیابی به ادراک مشارکت‌کنندگان

- 
1. Content analysis
  2. Focus Group Discussion

در محیطی متمرکز، تسهیلگر، و غیر تهدیدکننده طراحی می‌شود (Adib et al, 2011). بر اساس مصاحبه نیمه ساختاریافته، موضوع مطرح گردید و افراد به ترتیب در خصوص موضوعات نظرات خود را مطرح نمودند. برخی از سؤالات مطرح شده عبارت‌اند از "مهم‌ترین چالش‌های حمایت اقتصادی از بیماران در مراکز درمان چه هستند؟ مهم‌ترین نقاط قوت و ضعف و فرصت و تهدیدهای حمایت‌های اقتصادی را بیان کنید." پس از اتمام مصاحبه گروهی، کلیه مصاحبه‌ها (با اجازه گروه) که به‌طور کامل ضبط شده بود، به صورت دقیق و کامل بر روی کاغذ پیاده شد. و بر اساس روش تحلیل محتوا قراردادی، کدگذاری و سپس کدها در قالبتم با استفاده از عناوین انتزاعی تر خلاصه شدند.

داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی و بر اساس پنج گام لاندمن و گرندهیم<sup>۱</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (Graneheim & Lundman, 2004). در گام اول متن مصاحبه‌ها بر روی نوار ضبط و بلافاصله کلمه به کلمه پیاده‌سازی گردید. در گام دوم، نوار ضبط شده به دفعات گوش داده و متن‌های دست‌نویس چندین باور مرور گردید و تصمیم‌گیری در مورد تقسیم متن به واحدهای معنایی صورت گرفت. در گام سوم، طراحی انتزاعی نمودن واحدهای معنایی و انتخاب کدها انجام شد. در گام پنجم در سطح تفسیری، طبقات تخلیص و مفهوم مرکزی هر طبقه مشخص گردید و مفاهیم اصلی و انتزاعی استخراج شد. مفاهیم بر اساس شرح مضامین درونی در متن مشخص گردید و این مضامین درونی با توجه به کل داده‌ها مورد بازبینی قرار گرفت. تحلیل داده‌ها به صورت دستی انجام شد.

به منظور تعیین اعتبار بخشی داده‌ها، از معیارهای گوبا و لینکلن<sup>۲</sup> استفاده شد. برای تأیید داده‌ها از درگیری طولانی مدت محقق و تعامل مناسب با مشارکت کنندگان و بازنگری توسط آن‌ها استفاده گردید که به افزایش مقبولیت داده‌ها نیز کمک می‌کرد. همچنین، تلفیق زمانی و تنوع نمونه‌گیری، اعتبار داده‌ها را افزایش داد و منجر به تأیید

---

1. Graneheim & Lundman  
2. Lincoln & Guba

پذیری داده‌ها شد. قابلیت تعیین - تأیید با رعایت بی‌طرفی محقق، بررسی متن مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده و توافق روی کدها و درون‌مایه‌ها، توسط دو نفر از اعضای هیات علمی مورد تأیید قرار گرفت. اطمینان یا ثبات یافته‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت، استفاده از نظرات همکاران و مطالعه مجدد کل داده‌ها فراهم گردید. مصاحبه با مشارکت کنندگان متفاوت، ارائه نقل‌قول‌های مستقیم و مثال‌ها، مشاوره‌های علمی با استادان صاحب‌نظر، قابلیت انتقال یا تناسب را امکان‌پذیر نمود.

### یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

کد شرکت‌کننده	جایگاه شغلی	مدرک و رشته تحصیلی	سابقه خدمت
۱	مددکار اجتماعی وزارت بهداشت	دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی	۲۵
۲	مددکار اجتماعی وزارت بهداشت	کارشناسی ارشد روانشناسی	۲۳
۳	مددکار اجتماعی وزارت بهداشت	کارشناسی مددکاری اجتماعی	۱۰
۴	مددکار اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی	ارشد مددکاری اجتماعی	۸
۵	مددکار اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی	ارشد روانشناسی بالینی	۶
۶	مددکار اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی	ارشد مشاوره	۷
۷	مددکار اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی	دکتری مددکاری اجتماعی	۱۰
۸	مددکار اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی	ارشد جامعه‌شناسی	۱۳
۹	مددکار اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی	ارشد روانشناسی عمومی	۱۲
۱۰	مددکار اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی	ارشد مددکاری اجتماعی	۶
۱۱	مددکار اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی	دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی	۸
۱۲	مددکار اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی	ارشد رفاه اجتماعی	۱۵
۱۳	مددکار اجتماعی بیمارستان	ارشد مددکاری اجتماعی	۶

کد شرکت کننده	جایگاه شغلی	مدرک و رشته تحصیلی	سابقه خدمت
۱۴	مددکار اجتماعی بیمارستان	دکتری مددکاری اجتماعی	۱۲
۱۵	مددکار اجتماعی بیمارستان	ارشد روانشناسی	۱۷
۱۶	مددکار اجتماعی بیمارستان	ارشد آسیب شناسی اجتماعی	۱۸
۱۷	مددکار اجتماعی بیمارستان	ارشد مطالعات زنان	۱۴
۱۸	مددکار اجتماعی بیمارستان	ارشد مددکاری اجتماعی	۲۰

در مطالعه حاضر در مجموع دو جلسه بحث گروهی متمرکز با حضور ۱۸ نفر از مددکاران اجتماعی ستادی، دانشگاه‌ها و مراکز درمانی برگزار شد. یافته‌های حاصل از پژوهش در قالب کدها، زیر طبقات و درون‌مایه/ طبقات تحت عنوان همراهی و همکاری ضعیف درون سازمانی و چالش‌های غیرمسئولانه بیرون سازمانی مؤثر بر موضوع حمایت اقتصادی مددکاران اجتماعی طبقه‌بندی شد. که در جدول شماره ۲ به شرح آن پرداخته می‌شود.

جدول ۲- کدها، زیر طبقات و درون‌مایه/ طبقات سبب‌شناسی تخفیفات حوزه مددکاری اجتماعی

درون‌مایه/ طبقات	زیر طبقات	کدها
همراهی و همکاری ضعیف درون سازمانی	مشکلات زیرساختی، قانونی و منابع	ضعف سامانه HIS در ثبت عملکرد همه‌جانبه مددکاران اجتماعی
		ضعف سامانه HIS در تفکیک هزینه‌های تحمیلی به بیمارستان از حمایت‌های اقتصادی مددکاران اجتماعی از نیازمندان
		ضعف دستورالعمل‌ها و آئین‌نامه‌ها جهت پوشش دهی کلیه بیماران با نیازهای ویژه
		تصدی پست مددکاری اجتماعی توسط سایر رشته‌های غیرتخصصی
		کمبود نیرو و امکانات مددکاران اجتماعی
		ضعف در گزارش‌گیری و مستندسازی عملکرد مددکاران اجتماعی
	نگرش‌ها و باورهای نادرست سازمانی	نامتوازن بودن اختیارات مددکار اجتماعی با مسئولیت‌ها و مطالبات
		شکاف نگرشی و ارزشی بین مددکاران اجتماعی و پزشکان و کادر درمانی
		مداخله در ثبت تخفیفات بنام مددکاران اجتماعی
		عدم آشنایی مدیران، پزشکان و غیره با ماهیت و شرایط شغلی مددکاران اجتماعی
چالش‌های غیرمسئولانه برون‌سازمانی	کوتاهی کارکردی و دیدگاه‌های ضعیف نهادهای و مؤسسات	عدم آشنایی سایر بخش‌ها با ماهیت حرفه مددکاری اجتماعی
		ضعف عملکرد سایر ارگان‌های حمایتی یا مرتبط
		نقش بیمه در افزایش تخفیفات در مددکاری اجتماعی بیمارستان‌ها
		ضعف در اجرای قوانین
		عدم توجه به برخی گروه‌ها (مانند مجهول‌الهویه‌ها، زنان خشونت دیده، درمان سرپایی گروه‌های آسیب‌پذیر و ...) در مقامات بالادستی
		هزینه‌های تحمیلی از سایر بخش‌ها و ارگان‌ها
	تأثیر شکل‌گیری هم‌افزایی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی بر کارکرد مددکاری اجتماعی	افزایش مراجعه به بیمارستان‌های دولتی به دلیل افزایش هزینه‌های دارو و درمان
		افزایش مسائل و آسیب‌های اجتماعی مانند کودک‌آزاری، خشونت خانگی و بیکاری و ... در جامعه
		موضوع حل‌نشده اتباع غیرقانونی
		فرهنگ استفاده از منابع دولتی

درون‌مایه/طبقه اول: همراهی و همکاری ضعیف درون‌سازمانی  
محور اول موضوعات مورد اشاره مددکاران اجتماعی تحت عنوان همراهی و همکاری ضعیف درون‌سازمانی مؤثر بر حمایت اقتصادی مددکاران اجتماعی طبقه‌بندی شده است که خود شامل دو زیر طبقه و ۱۰ موضوع می‌باشد. منظور از درون‌سازمانی عواملی است که مرتبط با سطوح مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شامل ستاد، دانشگاه و مراکز درمانی می‌شود.

#### الف - مشکلات زیرساختی، قانونی و منابع

ضعف سامانه HIS در ثبت عملکرد همه‌جانبه مددکاران اجتماعی:

یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که در این زمینه مطرح می‌باشد موضوع سامانه HIS می‌باشد. در این سامانه تنها بخش مربوط به مددکاری اجتماعی مربوط به تخفیفات است و تنها خروجی قابل‌نمایش از عملکرد مددکاران اجتماعی مراکز درمانی میزان تخفیفاتی است که ارائه می‌دهند. برای مثال یکی از شرکت‌کنندگان در این مورد می‌گوید:

"چه خوب می‌شد درصد تخفیف، درصد جذب مشارکت‌ها، درصد پیشگیری از معطلی تخت به واسطه بیمار سرگردان، درصد پیشگیری از آسیب جسمی و اجتماعی و برگشت بیمار محاسبه شود".

ضعف سامانه HIS در تفکیک هزینه‌های تحمیلی به بیمارستان از حمایت‌های

اقتصادی مددکاران اجتماعی از نیازمندان:

موضوع بسیار مهم دیگر مجدداً مربوط به ضعف سامانه HIS می‌باشد. چرا که به دلیل عدم تعریف یک سری آیکن‌ها و تفکیک آن‌ها به عنوان هزینه‌های تحمیلی به بیمارستان این موارد تحت عنوان تخفیفات مددکاری اجتماعی ثبت می‌شوند. که درصد هنگفتی از این تخفیفات ثبت شده در قسمت مددکاری اجتماعی مربوط به این موارد است. برای مثال بیماران فراری، بیماران رهاشده، مجهول‌الهویه‌ها، و یا حتی تقبل پزشکان از حق ویزیت یا عمل خود. یکی از شرکت‌کنندگان در این باره می‌گوید:



"برای دفاع ۳۰ میلیارد تومان مراجعه کردم و بعد از بررسی مشخص شد کلیه تخفیفات به اسم مددکاری اجتماعی در HIS ثبت شده ولی ربطی به مددکاری ندارد و شامل نامه‌های ریاست جمهوری-بیماران فراری-اتباع بیگانه و... می‌شدند" (کد ۵).

شرکت کننده دیگر می‌گوید:

"بیمارستان ما در سال ۱۳۹۶، ۷۸ میلیارد درآمد داشته ۳/۱ میلیارد آن کسورات بیمارستان بوده ۲۷۷ میلیون بیمار فراری و ۲۵۰ میلیون تخفیف مددکاری اجتماعی بوده است یعنی فقط ۰/۳ درصد" (کد ۱۵).

ضعف دستورالعمل‌ها و آئین نامه‌ها جهت پوشش دهی کلیه بیماران با نیازهای ویژه: آنچه مسلم است این است که حمایت اقتصادی از بیماران نیازمند یکی از وظایف ذاتی وزارت بهداشت است و بودجه‌هایی نیز برای این امر در نظر گرفته می‌شود. اما مسئله اینجاست که چارچوب کلی و قابل پوشش برای کلیه مواردی که مددکاران اجتماعی با آنها روبرو هستند وجود ندارد. برای مثال یکی از شرکت کنندگان می‌گوید:

"سلیقه‌ای بودن تخفیفات باعث شده مددکاری دائم زیر سؤال برود." (کد ۷). و یا فرد دیگر می‌گوید: "ما باید بتوانیم در زمینه حمایت‌های اقتصادی یک تصمیم ثابت و قانونی بگیریم و به یک چهارچوب کلی برسیم که کسی نتواند برای ما تصمیم‌گیری این‌چنینی داشته باشد" (کد ۶).

به‌طور کلی به نظر می‌رسد یک سند بالادستی که گروه‌های هدف مددکاری اجتماعی را معرفی کرده و مددکاران اجتماعی بتوانند جهت ارائه حمایت‌های اقتصادی با آن سند بالادستی استناد کنند، ضروری می‌نماید.

**تصدی پست مددکاری اجتماعی توسط سایر رشته‌های غیر تخصصی:**

با توجه به اینکه مددکاری اجتماعی یک رشته تخصصی بوده و ارائه خدمات به گروه هدف نیازمند آشنایی با انواع خدمات و سطوح مختلف ارزیابی و مداخله می‌باشد. لذا

افرادی که با انواع ارزیابی، مداخله و انواع منابع اجتماعی آشنایی ندارند عملکردشان به ارائه حمایت اقتصادی صرف، بدون توجه به سایر نیازها و مداخلات، خواهد بود. یکی از شرکت کنندگان می گوید:

"طبق آخرین آمار، تنها ۵۷ درصد مددکاران اجتماعی مراکز درمانی در این رشته تحصیل کرده‌اند و ۳۲ درصد رشته‌هایی مانند علوم اجتماعی، علوم تربیتی و روانشناسی و ۱۱ درصد در رشته‌های کاملاً غیر مرتبط مانند حسابداری، مدیریت دولتی، پرستاری و ... تحصیل کرده‌اند" (کد ۲).

این‌ها افرادی هستند که به دلیل ناآشنایی با حرفه فعالیت‌های غیرتخصصی انجام می‌دهند.

کمبود نیرو و امکانات مددکاران اجتماعی: از آنجایی که در مراکز درمانی نیروی مددکار اجتماعی محدود است مددکار فرصت لازم برای مصاحبه تخصصی و سنجش استحقاق بیمار مراجعه‌کننده را ندارد لذا برای پوشش دهی افراد مراجعه‌کننده مجبور به ارائه تخفیف می‌شود. یکی از شرکت کنندگان می گوید:

"ما کار تخصصی زیاد داریم ولی به دلیل کمبود نیرو و کار زیاد، نمی‌توانیم کار تخصصی انجام بدهیم مثلاً بازدید منزل" (کد ۱۶).

### ضعف در گزارش‌گیری و مستندسازی عملکرد مددکاران اجتماعی:

بسیاری از کارهای کیفی و اثربخش در واحدهای مددکاری اجتماعی در حال انجام است که ثبت نمی‌شود؛ یا به عبارتی زیرساخت مدونی برای ثبت و مستندسازی وجود ندارد. برای مثال یکی از شرکت کنندگان می گوید:

"تأثیر خدمات مددکاری در کاهش بیماری و آسیب‌ها بررسی نشده ولی در آمریکا بررسی شده و نتیجه این شده که یک دلار خدمات مددکاری سه دلار استفاده آورده است" (کد ۱۴).

نامتوازن بودن اختیارات مددکار اجتماعی با مسئولیت‌ها و مطالبات:

در بسیاری از مراکز درمانی مددکار اجتماعی اختیارات چندانی ندارد و اغلب تحت نظر ریاست یا مدیریت بیمارستان حمایت‌های مالی را انجام دهند. اما در مقابل می‌بایست در این زمینه مددکاران اجتماعی پاسخگو باشند. یکی از شرکت‌کنندگان در این باره می‌گوید:

"منابع حمایتی باید به مددکار تحویل داده بشود. مددکار نباید از رئیس بپرسد چه کار کنم مدیر باید از مددکار بپرسد با این بیمار چه کنیم" (کد ۱۸).

و یا شرکت‌کننده دیگری می‌گوید:

"مددکار از یک طرف باید درد و رنج بیمار و شرایط بیمار را ببیند و راهکاری برای حل مشکلش پیدا کند از طرف دیگر باید به هر چند وقت یک‌بار به ریاست و مدیریت و دیوان محاسبات پاسخگو باشد" (کد ۱۷).

#### ب- نگرش‌ها و باورهای نادرست سازمانی

عدم آشنایی مدیران، پزشکان و غیره با ماهیت و شرایط شغلی مددکاران اجتماعی:

برخی مشکلات مددکاران اجتماعی در این زمینه این است که مدیران، پزشکان و کادر درمانی آشنایی کافی با حرفه و شرایط شغلی مددکاران اجتماعی ندارند. درحالی‌که اگر با کار مددکاران اجتماعی آشنا شوند نگرش آنها تغییر کرده و مدافع عملکرد آنان خواهند شد. یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید:

"رئیس بیمارستان گله داشت که مددکاری غیر از تخفیف هنر دیگری هم دارد؟ دو روز تخفیف را از مددکاری گرفته و خودم هم از بیمارستان رفتم بیرون و تخفیف را به رئیس بیمارستان واگذار کردیم بعد از ظهر روز دوم با همراه بیمار گلاویز شد و پیغام داد من بریدم و من به ایشان گفتم هنر دیگر مددکار این است که با همراه بیمار گلاویز نشده و کار دو روزه شما را هر روز با حفظ آرامش بیمارستان انجام می‌دهد" (کد ۱۳).

### مداخله در ثبت تخفیفات بنام مددکاران اجتماعی:

از مشکلات مهم در این حوزه مداخله افراد غیر حرفه‌ای در ارائه و ثبت تخفیفات بنام مددکاران اجتماعی می‌باشند. برای مثال یکی از شرکت کنندگان می‌گوید:

"مدیر یک بیمارستان رمز سامانه تخفیف را داشت به همه اقوام تخفیف می‌داد به اسم مددکاری اجتماعی. اگر گرفتارانی باشد مددکار اجتماعی گیر می‌افتد" (کد ۵).

### شکاف نگرشی و ارزشی بین مددکاران اجتماعی و پزشکان و کادر درمانی:

یکی از موضوعات دیگری که وجود دارد تفاوت در نگرش است. مددکار اجتماعی با گروه‌هایی سروکار دارد که اقشار آسیب‌دیده یا آسیب‌پذیر اجتماع هستند و زمانی به سراغ آنها می‌آیند که غرق در مشکلات هستند و به امید حمایتی از سوی مددکار اجتماعی به وی مراجعه می‌کنند. این در حالی است که برخی پزشکان تنها به بعد جسمی مشکل بیمار توجه می‌کنند. و نگاهشان پزشکی محور است. برای مثال یکی از شرکت کنندگان می‌گوید:

"ما به خانواده درمانی اعتقاد داریم ولی پزشکان فقط به بیمار توجه دارند و ما چنان به خانواده‌ها رسیدگی کردیم که بازگشت به بیمارستان از سوی بیمار بسیار محدود شده است و جالبه که پزشک از من گله می‌کند که شما کاری کردید که بیماران دیگه پیش ما نمی‌آیند".

### درون‌مایه / طبقه دوم: چالش‌های غیرمسئولانه بیرون سازمانی

محور دوم موضوعات مورداشاره مددکاران اجتماعی تحت عنوان چالش‌های غیرمسئولانه بیرون سازمانی مؤثر بر حمایت اقتصادی مددکاران اجتماعی طبقه‌بندی شده است که شامل دو طبقه و ۹ موضوع می‌باشد. منظور از عوامل بیرون سازمانی است که مرتبط با سایر ارگان‌ها و یا مسائل فرهنگی اجتماعی می‌باشد.

### الف- کج کارکردی و نگرش‌های نادرست نهادها و مؤسسات

عدم آشنایی سایر بخش‌ها با ماهیت حرفه مددکاری اجتماعی:

نهادهای دیگر نیز نگرشی مناسبی به این حوزه ندارند و با مسائل اجتماعی نیز آگاه نیستند. برای مثال یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید:

"دوازده سال پیش دیوان محاسبات منوخواست و گفت شما به دستورالعمل به مددکاران دادید که از طریق اون تمام منابع مالی دولت رو بخشیدند و تخفیف دادند. پرسیدم به کی بخشیدن؟ آمریکا؟ اسرائیل؟ گفت مردم باید خودشان تأمین کنند. گفتم مردم ندارند. گفت شما محکومید. گفتم آگه تخفیف دادن به ملت محکومیت داره، من رو اعدام کنید؛ قاضی هم دلش سوخت. حالا همون قاضی بچه خودش رو آورده رازی خوابونده و هر هفته هم زنگ میزنه رایگانش کن" (کد ۱۰).

### ضعف عملکرد سایر ارگان‌های حمایتی یا مرتبط:

بسیاری از هزینه‌های تحمیل‌شده به بیمارستان در نتیجه عملکرد ضعیف ارگان‌های حمایتی مانند بهزیستی، کمیته امداد، قوه قضائیه و غیره است. بعضاً این ارگان‌ها وظایف خود را یا انجام نمی‌دهند و یا به دلیل دیرکرد در انجام وظیفه، در این مدت زمان هزینه‌های فرد به بیمارستان تحمیل می‌شود. یکی از شرکت‌کنندگان در این باره می‌گوید:

"وقتی درمان به پایان می‌رسد بیمار برای خروج مقصد مشخصی ندارد و ارگان‌های حمایتی مثل کمیته امداد و بهزیستی هم وظایف خود را به دوش وزارت بهداشت می‌اندازند" (کد ۱۷).

### نقش بیمه در افزایش تخفیفات در مددکاری اجتماعی بیمارستان‌ها:

با توجه به تغییر قوانین بیمه مراجعات به واحد مددکاری اجتماعی افزایش پیدا کرده است. یکی از شرکت‌کنندگان در این باره می‌گوید:

"تخفیفات از سال گذشته چند برابر شده است و یکی از دلایلش تغییرات بیمه ایست و

تا سال گذشته نفری ۲۴۰ هزار تومان بوده امسال شده ۲۶۵ هزار تومان و برای همه اعضای خانواده اجباری شده است" (کد ۳). یکی از شرکت کنندگان می گوید: "خشونت خانگی از بیمه خارج شده و فرد خشونت دیده ناتوان از پرداخت هزینه درمان است و توان شکایت از خاطی را هم ندارد این مانع از مراجعه مجدد او به مرکز درمانی شده و این یعنی دامن زدن به خشونت خانگی که باید بیمه‌ها در این خصوص تجدیدنظر کنند" (کد ۱۱).

### ضعف در اجرای قوانین:

یکی از هزینه‌های تحمیل شده به بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت ناشی از ضعف در اجرای قوانین است. یکی از شرکت کنندگان می گوید:  
"طبق قانون اقدامات تأمینی مصوب ۱۳۳۸ دستگاه قضایی لازم است بیمارستان مجانین مجرم تأسیس کند" (کد ۱۰).

در حالی که در حال حاضر مددجویان این ارگان در بیمارستان‌های وزارت بهداشت توزیع و درمان می شوند. به عبارت دیگر در صورتی که دستگاه قضایی برای بیماران مجرم بیمارستان‌های ویژه تأسیس کند، دیگر نیازی به تخصیص بخش‌های ویژه و تقبل هزینه‌های درمان ایشان در بیمارستان‌های عادی نخواهد بود.

### هزینه‌های تحمیلی از سایر بخش‌ها و ارگان‌ها:

بخش عمده‌ای از هزینه‌های ثبت شده بنام مددکاران اجتماعی، از سوی سایر ارگان‌ها به بیمارستان تحمیل می شود. یکی از شرکت کنندگان می گوید:  
"دو ماه پیش رئیس دانشگاه منوخواست و گفت در سال ۹۶ بیمارستان شما ۱۰ میلیارد تخفیف داشته است چرا؟ ... و متوجه شدند که نه میلیارد و چهارصد هزار تومان دستور قضایی بوده و قوه قضاییه به بیمارستان تحمیل کرده است" (کد ۸).

ب- هم‌افزایی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی بر کارکرد مددکاری اجتماعی

افزایش مراجعه به بیمارستان‌های دولتی به دلیل افزایش هزینه‌های دارو و درمان: یکی از موضوعات مؤثر بر افزایش مراجعه به واحد مددکاری اجتماعی افزایش هزینه‌های دارو درمان و کاهش توان مردم در تقبل این هزینه‌ها است. یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید:

"بحران اقتصادی و چندین برابر شدن مراجعات به مددکاری را باید جدی بگیریم" (کد ۱).

#### افزایش مسائل و آسیب‌های اجتماعی در جامعه:

یکی از علل افزایش مراجعات به واحد مددکاری اجتماعی و نیاز به حمایت‌های مالی از افراد، افزایش مسائل و آسیب‌های اجتماعی در کشور است. یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید:

"مثلاً در استان لرستان که بیکاری بیداد می‌کند و سطح درآمدها پایین هست و تخفیف به این اقشار اجتناب‌ناپذیره" (کد ۹).

#### موضوع حل‌نشده اتباع غیرقانونی:

یکی از موضوعاتی که در بسیاری از بخش‌ها ایجاد مسئله کرده است، موضوع اتباع غیرقانونی بویژه افغانه است. یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید:

"این سی میلیارد مشهد را هم ما پیگیری کردیم مربوط به اتباع بیگانه بوده و نه تخفیفات مددکاری اجتماعی" و یا فرد دیگری می‌گوید: "مشکل افغانی‌ها را ما نباید حل کنیم ما نامه هم زدیم وزارت کشور و کمیساری وظیفشونه تأمین کنند" (کد ۵).

#### فرهنگ استفاده از منابع دولتی:

یکی از مشکلات عمده و تأثیرگذار بر سایر موارد مسائل فرهنگی است. بر اساس نتایج این پژوهش نگرشی که در جامعه وجود دارد این است که حتی اگر نیاز وجود

نداشته باشد، باید از امکانات دولت حداکثر استفاده را کرد. و این موضوع در سطوح و طبقات مختلف بچشم می خورد و تنها مربوط به طبقات پایین جامعه نمی شود. برای مثال یکی از شرکت کنندگان در این زمینه می گوید:

"فرهنگ ما از خرس به مو کننده. بارها شده مقامات زنگ می زنند خانواده بیمارستانه زنگ بزنید مددکار رایگان کنه گفتم مددکار مخصوص بیمار نیازمنده نمیتونه در این زمینه کمک کنه" (کد ۸).

و یا فرد دیگر می گوید:

"الآن همه می خواهند از مددکار تخفیف بگیرند سی هزار تومان تخفیف بگیرند می شود سی لیتر بنزین. با این تئوری همه مراجعه می کنند" (کد ۶).

### بحث و نتیجه گیری

مددکاری اجتماعی به عنوان حرفه ای یاورانه که ملزم به اقدامات دقیق و علمی است، برای همگامی با تغییرات شتابان مسائل سطوح خرد میانه و کلان، نیازمند مبتنی کردن اقدامات خود بر شواهد حاصل از پژوهش هاست. از این رو اهمیت پژوهش در مددکاری اجتماعی همواره موضوعی بدون تردید است. اما علی رغم این مهم، هنوز مددکاران اجتماعی از پژوهش و یافته های پژوهشی در اقدامات خود به ندرت استفاده می کنند (فکر آزاد، ۱۳۸۲: ۵۵). این در حالی است که مددکاری اجتماعی مداخله محور است، پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال بود که حمایت های اقتصادی مددکاری اجتماعی در ارائه خدمات این حرفه چه جایگاه و چالش های پیش رو دارد.

بر اساس یافته های این مطالعه عوامل مختلفی بر عملکرد مددکاران اجتماعی بهداشتی درمانی در حمایت از نیازمندان تأثیر می گذارد. که بخشی از این عوامل درون سازمانی است یعنی مرتبط با سطوح مختلف وزارت بهداشت است و بخش دیگر عوامل بیرون سازمانی است که عموماً در حیطه اختیارات وزارت بهداشت نیست اما می توان با پیش بینی تمهیداتی اثرات آن را در این حوزه کاهش داد. می توان نتیجه گرفت در شرایط موجود



به‌شدت نیاز به حمایت‌های اقتصادی از بیماران به خصوص گروه‌های کم‌درآمد و آسیب‌دیده بر اساس چارچوب مشخص و بدون دخالت سایر گروه‌ها توسط مددکاران اجتماعی برای دسترسی به فرصت‌های برابر و افزایش کارهای این گروه‌ها ضروری است. بر اساس مرور منابع موضوع هزینه‌های درمان بیماران بحث‌های بسیاری شده و می‌شود. از جمله این که هزینه‌های بهداشت و درمان به عنوان یکی از مهم‌ترین بخش‌های اقتصادی - اجتماعی تأثیر قابل توجهی در وجود یا فقدان فقر در جامعه دارد تا جایی که هزینه‌های بالای خدمات سلامت، در بسیاری از موارد بحرانی، خانوارها را تحت فشار مالی به سوی فقر و فروپاشی اقتصادی پیش می‌برد. در این گونه موارد هم بیماران و هم خانواده‌های آنان نیازمند کمک هستند. در واقع مددکاران اجتماعی می‌توانند به بیماران در مورد مزایایی که از آن بی‌خبرند یا از آن‌ها دریغ شده است، کمک کنند. به‌طور کلی مددکاران اجتماعی به دنبال برقراری عدالت در پرداخت هزینه‌های سلامت با رعایت کرامت انسانی افراد هستند (روزنبرگ، ۲۰۰۹؛ سعیدپور، ۱۳۹۷: ۷۲).

مورد دیگر مبتنی بر یافته‌های این مطالعه ضعف ساختار فرهنگی و ارزشی است، که نشان‌دهنده مشکل عدم تعریف درست خدمات و وظایف مددکاران اجتماعی در ساختار بیمارستان است. یکی از اقدامات الزامی هر مددکار اجتماعی کاهش نابرابری‌ها در زمینه بهداشت و درمان است. مطالعات نشان می‌دهند که نیمی از تمام نتایج مراقبت‌های بهداشتی به تعیین‌کننده‌های اجتماعی مرتبط است. حرفه مددکاری اجتماعی به علت دیدگاه‌های زیستی - روانی و اجتماعی و فرد در محیط و همچنین تمرکز بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت می‌تواند به ارتقاء سلامت و کاهش هزینه‌های درمانی کمک کند (Gail et al, 2017: 258).

با توجه به اینکه، امروزه خدمات بهداشتی و درمانی برای بسیاری از افراد توأم با هزینه‌های سنگین، بسیار طاقت‌فرسا و پیچیده و گیج‌کننده است؛ و سیستم مراقبت بهداشتی، با توجه به تجارب افراد و مهم‌تر از آن رسانه‌ای شدن بسیاری از نقاط ضعف و مشکلات این حوزه، برای بسیاری از مردم به یک فضای ناامن و غیرقابل اعتماد تبدیل شده

است. در چنین شرایطی مددکاران اجتماعی بهداشتی - درمانی برای کمک به بیماران به منظور درک دنیای مراقبت بهداشت در مراکز درمانی حضور دارند (سعیدپور و همکاران، ۱۳۹۷: ۷۲). طی بررسی ۱۶ مطالعه مشخص شد که خدمات مددکاری اجتماعی اثرات مثبت بلندمدتی در دو حیطه سلامت و پیامدهای اقتصادی به خصوص برای گروه‌های آسیب‌پذیر، کودکان، سالمندان، بیماران روان و... در پی دارد (Gail et al, 2017: 263).

در یک جمع‌بندی می‌توان گفت امروزه دنیای مراقبت و تجارت در هم تنیده است و مددکاران اجتماعی باید تلاش کنند در این دنیای پیچیده به صورت موفق آمیزی حرکت کنند. نتایج این مطالعه برای پژوهشگران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت برای طراحی استراتژی‌های کاربرد دارد. به نظر می‌رسد عوامل احصا شده در مطالعه حاضر، بسیار متنوع می‌باشد. درون‌مایه اول همراهی و همکاری ضعیف درون سازمانی شامل مشکلات زیرساختی، قانونی و منابع، و نگرش‌ها و باورهای نادرست سازمانی می‌باشد. و درون‌مایه دوم چالش‌های غیرمسئولانه بیرون سازمانی شامل کج کارکردی و نگرش‌های نادرست نهادها و مؤسسات و هم‌افزایی آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی بر کارکرد مددکاری اجتماعی می‌باشد. بنابراین یکی از برداشتهای قابل دریافت از پژوهش حاضر این است که مسائل اقتصادی و موضوع مساعدت مالی بسیار موضوع پیچیده‌ای بوده و برگرفته از بسیاری از مفاهیم اجتماعی، فرهنگی و زیرساختی می‌باشد. لذا جهت رفع بسیاری از عوامل اشاره شده برنامه‌های بلندمدت و چندوجهی نیاز است. بخشی از برنامه‌های مورد نیاز زیرساختی بوده، بخشی مرتبط با منابع و تجهیزات است و بخش دیگر مرتبط با محتوا و درون‌مایه است.

#### پیشنهادها:

- ایجاد چارچوب یکپارچه، عملیاتی و منعطف جهت حمایت‌های اقتصادی
- تخصصی کردن خدمات مددکاری اجتماعی در حیطه گروه‌های آسیب‌پذیر، مانند کودک آزاری، خودکشی، خشونت خانگی، بیماری‌های روان

- اصلاح زیرساخت‌های الکترونیکی سامانه HIS بیمارستانی جهت تقویت مستندات و برنامه‌ریزی راهبردی بر اساس گزارش‌ها
- تقویت پوشش‌های بیمه‌ای، و بسته‌های حمایتی از بیماران خاص و صعب‌العلاج به منظور کاهش حجم مراجعات بیماران نیازمند به واحدهای مددکاری اجتماعی
- ارتقاء سطح کمی و کیفی نیروی انسانی مددکاری اجتماعی به منظور رفع مسائل مرتبط با نیروی انسانی
- توسعه خدمات مددکاری اجتماعی در نظام شبکه (PHC) به منظور شناسایی به هنگام و پیشگیری از ورود به سطح ۲ و ۳
- توسعه همکاری‌های بین‌المللی به منظور هم‌افزایی در زمینه خدمات مددکاری اجتماعی و بهره‌گیری از تجربیات سایر کشورها
- توسعه همکاری با سازمان‌های مردم‌نهاد به منظور جهت‌دهی به حمایت‌های ایشان در راستای نیاز بیماران
- استانداردسازی و تعرفه‌گذاری خدمات مددکاری اجتماعی
- ارتقاء سطح کمی و کیفی تولید محتوا در حیطه‌های مورد نیاز
- رایزنی با کمیساری‌های امور پناهندگان و استانداری جهت رفع مسائل مربوط به اتباع و جهت‌دهی اعتبارات آن نهادها در حیطه سلامت اتباع
- بازتعریف استاندارد مهندسی واحد مددکاری اجتماعی مراکز درمانی و اعمال آن در اعتباربخشی بیمارستان
- انعقاد تفاهم‌نامه‌هایی با ارگان‌های حمایتی همچون سازمان بهزیستی و کمیته امداد جهت اصلاح فرایندهای مرتبط با مددجویان این نهادها.
- بازنگری شرایط احراز پست مددکاری اجتماعی: در شرایط احراز پست مددکاری اجتماعی علاوه بر مددکاری اجتماعی و خدمات اجتماعی، از رشته‌های غیر مرتبط می‌توانند در آزمون‌های استخدامی شرکت کنند.

- پرداخت مبتنی بر عملکرد مددکاران اجتماعی جزء گروه‌های بالینی: در حال حاضر پرداخت مبتنی بر عملکرد مددکاران اجتماعی وزارت بهداشت جزء گروه‌های پشتیبانی لحاظ می‌شود. درحالی‌که اگر بالینی محسوب شود به ارتقاء مزایای شغلی آنان کمک می‌نماید.
- پیش‌بینی سرفصل‌های مددکاری اجتماعی در کوریکولوم‌های آموزشی سایر رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی
- تقویت دوره‌های آموزشی تخصصی
- بازدید از مراکز درمانی و اصلاح فرایندهای خدمات مددکاری اجتماعی
- ساخت کلیپ‌هایی جهت نمایش عملکرد تخصصی مددکاری اجتماعی در جامعه در راستای تغییر نگرش.
- اصلاح قوانین بیمه سلامت: برای مثال تلاش جهت حذف الزام بیمه خانوار با ارائه نظر تخصصی مددکاری اجتماعی
- جلب مشارکت گروه‌های داوطلبی جهت بهبود کیفیت ارائه خدمات به مراجعین بیمارستان‌ها
- ساخت اپلیکیشن و سامانه‌های جهت جلب مشارکت مالی و غیرمالی داوطلبین

#### تشکر و قدردانی:

از کلیه افرادی (شامل کسانی که در ارائه اطلاعات، در اختیار قرار دادن فضای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز) در تدوین و گردآوری مقاله ما را یاری کردند، بویژه معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که حامی اصلی انجام پروژه بودند، و همچنین دانشگاه‌های علوم پزشکی زیرمجموعه، صمیمانه سپاسگزاریم. لازم به ذکر است خلاصه این مقاله با کد شماره ۱۱۴/۴۷۷/د در وزارت بهداشت ثبت شده است. همچنین هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان این مقاله بیان نشده است.

## منابع

- ابری، ساره؛ زاهدی اصل، محمد. (۱۳۹۶)، مددکاران اجتماعی پزشکی: نقش‌ها و وظایف کنونی، مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت. سال ۸، شماره ۲: ۹۶-۱۰۶.
- ابری، ساره؛ زاهدی اصل، محمد و شیانی، ملیحه. (۱۳۹۵)، ارزش‌های حرفه‌ای مددکاری اجتماعی و رابطه آن با فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها از دیدگاه مددکاران اجتماعی پزشکی، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال دوم، شماره ۸: ۲۲۳-۲۶۱.
- آقابخش، حبیب؛ جعفری، فاطمه و ساعتلو نعمت، فائمه. (۱۳۹۵)، فلسفه مددکاری اجتماعی و ارتباط آن با رویکردها، نظریه‌ها، نظریه‌ها و مدل‌های مددکاری، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، سال دوم، شماره ۵: ۴۹-۷۵.
- روزنبرگ، جسیکا. (۱۳۹۴). حوزه‌های فعالیت در مددکاری اجتماعی. ترجمه محمد سبزی خوشنایمی و دیگران. تهران: انتشارات رسانه تخصصی.
- سعیدپور، جلال؛ اسماعیلی، انور و صالح صلاح‌الدین. (۱۳۹۷). مددکاری اجتماعی در نظام سلامت، تهران انتشارات ساتل، چاپ اول.
- شهبابی، محبوبه. (۱۳۹۵). "بررسی میزان حمایت‌های مؤسسات مردم نهاد از بیماران سرطانی و تأثیر آن در کاهش مشکلات آنان"، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، ایران. تهران.
- فکر آزاد، حسین. (۱۳۸۲). مددکاری اجتماعی و چالش‌های جامعه در حال توسعه، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۲۱: ۵۳-۷۷.
- وهاب علی‌نیا، محمد سبزی و سید رضا جوادیان. (۱۳۹۵)، مددکاری اجتماعی بالینی و بهداشت روانی. تهران: انتشارات آوای نور.

- Adib haj bagheri M, Parvizi S, Salsali M. (2011). *Methods of quality Researchs Tabriz: boshra Publications co-worker tohfe publication*; [persian].
- Auerbach C, Mason SE. (2010). The value of the presence of social work in emergency departments. *Social Work Health Care*, 49(4):314-26.
- Basu A, Kee R, Buchanan D, Sadowski LS. (2012). Comparative cost analysis of housing and case management program for chronically ill homeless adults compared to usual care. *Health Serv Res*. ;47 (1 pt 2):523-543.

- Gail Steketee et al (2017). *Health Outcomes and Costs of Social Work Services: A Systematic Review*. *AJPH RESEARCH*. Vol 107, No 53: 256-266.
- Graneheim UH, Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Educ Today*; 24(2): 105-12.
- Harris HW, Young DM. (2002). *Care of injection drug users with soft tissue infections in San Francisco, California*. *Arch Surg*. 137(11):1217-1222. [PubMed] [Google Scholar]
- Hsieh H-F, Shannon SE. (2005). Three approaches to qualitative content analysis, *Qualitative health research*. 15(9): 1277-88.
- Lehnerer S, Hotter B, Padberg I, Knispel P, Remstedt D, Liebenau A, Grittner U, Wellwood I, Meisel A. (2019). *BSA Long Term Care Study Group. Social work support and unmet social needs in life after stroke: a cross-sectional exploratory study*. *BMC Neurol*. Sep 6;19(1):220. doi: 10.1186/s12883-019-1451-y.
- Modi K, Prasad A, Mishra JJSJoRCC. (2018). *Assisting Youth Leaving Care: Understanding Udayan Care's Aftercare Programme through the Prism of Ecological Systems Theory*. 17(1).
- Obokoh, A. (2018). *World Health Day 2018: Universal Health Coverage for Nigerians still a mirage: Universal Health Coverage*. Retrieved from: <https://www.businessdayonline.com/companies/health/article/worldhealth-day-2018-universal-health-coverage-nigeria-still-mirage/>
- Ozawa, M. N., & Law, S. W. (1993). Earnings history of social workers: A comparison to other professional groups. *Social Work*, 38, 542-551.
- Paris, W., Hutkin-Slade, L., Calhoun-Wilson, G., & Oehlert, W. (1999). Social work services on an organ transplantation program: A preliminary cost-benefit analysis. *Research on Social Work Practice*, 9(2), 201-212.
- Saxe Zerden, Lisa de., Brianna, M. Lombardi, & Anne Jones. (2019). *Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course*, *Social Work in Health Care*, 58:1, 142 -149, DOI: 10.1080 / 00981389.2019.1553934.
- Sirjani M, Javadi S M H, Baniasad A, Latifian M. (2022). *The Effect of Resilience Training on Reducing the Care Burden of Families with Schizophrenic Patients*. *Socialworkmag*; 11 (2):13-20.
- Sommers LS, Marton KI, Barbaccia JC, Randolph J. (2000). *Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors*. *Arch Intern Med*. 160(12):1825-1833. [PubMed] [Google Scholar]

- Sullivan SD, Weiss KB, Lynn H et al. (2002). *The cost-effectiveness of an inner-city asthma intervention for children*. J Allergy Clin Immunol. 110(4):576–581.
- Sverker, A., Ostlund, G., Borjeson, G., Hager, M. & Gavels, C. (2017). *Importance of social work in Healthcare for individual with Rheumatoid Arthritis*. Retrieved from <http://primarycare.imedpub.com/the-importance-of-social-work-in-healthcare-for-individuals-with-rheumatoid-arthritis.php?aid=19700>.
- Weerahandi H, Lipani M, Kalman J et al. (2015). *Effects of a psychosocial transitional care model on hospitalizations and cost of care for high utilizers*. Soc Work Health Care. 54(6):485–498. [PubMed] [Google Scholar].
- Weiner S, Dischler J, Horvitz C. (2001). Beyond pharmaceutical manufacturer assistance: broadening the scope of an indigent drug program. *Am J Health Syst Pharm*. 58(2):146–150. [PubMed] [Google Scholar]

استناد به این مقاله: جوادی، محمدحسین؛ سبزی خوشنامی، محمد؛ آذری ارقون، طاهره؛ نوروزی، سارا؛ یعقوب، فرزانه و معاریان، ماهدخت. (۱۴۰۱). آسیب‌شناسی حمایت اقتصادی با تمرکز بر تخفیف و مساعدت مالی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی، ۹ (۳۳)، ۱۹۹–۱۶۹.



Social Work Research Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.