

Title of the Article; A Case Report of Social Work Interventions in Working With a Difficult Hospital Case

Hamideh Adelian Rasi 

Associate Professor of Social Work, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.

Negar Seraj * 

PhD student in Social Work, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.

1. Introduction

The present article is a report of a social worker's intervention on a 21-year-old, single client (nicknamed Yalda) who referred to a hospital in Tehran with pregnancy symptoms. The client is a university-educated woman who works at an airline agency and lives with her parents. Recently, following an out-of-wedlock pregnancy, she was referred to the hospital social work unit, accompanied by her mother, with mild abdominal pain and in a disturbed and distressed state. The client falls into the category of difficult clients, and due to the complexities of intervention when working with this type of client and the high level of involvement required of the social worker, explaining the intervention steps and treatment plan, with the aim of creating opportunities for learning and producing evidence-based documentation, contributes to the development of the profession, especially the evidence base of medical and clinical social work. Intervention titles related to these clients include crisis intervention, motivational interviewing as an empowering approach to behavior change, systemic and multidisciplinary intervention in the hospital context, the promotion of resilience and psychosocial empowerment, and the documentation, evaluation, and professional review of interventions. The client has experienced communication problems with her father since adolescence and does not currently have a close relationship with him. The client is currently facing several major crises and issues, has suicidal thoughts, and is in the final months of pregnancy. The family is not facing any particular economic challenges. The parents are concerned about the upbringing and educational affairs of their children. The client has a history of two suicide attempts in recent years. The family has a desirable connection to an informal support network.

* Corresponding Author: neegarseraj76@gmail.com

How to Cite: Adelyan, H; Seraj; N. (2026). Case Report on Social Work Interventions with a Complicated Case in a Hospital Setting, *Journal of Social Work Research*, 12 (46), 93-137.

2. Literature Review

While reviewing the research background around case reports based on specific social work interventions, among domestic research, authors such as Tavakoli (1401), "Social Work Interventions in Working with a Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder", Khanlari and Moslemi (1398), "Social Work in Natural Disasters (Case Report)" and Sadeghi Hardangi et al. (1402), "Medical Social Work Interventions in Discharge Planning" and among foreign research, authors such as Dennis (2003), "Interventions of a Social Worker Regarding a Client Involved in Domestic Violence", Koenig (2024), "Care and Control in Mental Health Social Work" have researched case reports in social work.

3. Methodology

The main approach of this research is qualitative and is designed as a case study. This approach, by focusing on an in-depth examination of a specific sample, allows for a detailed understanding of the phenomena. In this study, the aim of using this design is to deeply analyze the interactions between social work and the hospital clinical environment and to seek a deep and conceptual understanding in light of social work approaches; therefore, quantitative generalizability is not considered. Data was collected through semi-structured in-depth interviews with clients, interviews with family members/treatment team members, clinical file review, direct observations during social work sessions, psychosocial assessment forms, as well as continuous recording of processes and observations at several stages (before the intervention, during implementation, and after the completion of services), during the first quarter of 1403 S.H. (2024-20205). The steps for writing this case report are based on standard methodological literature, particularly Robert K. Yin's Case Study Framework (2018) and the American Psychological Association's Reporting Guidelines (2020).

4. Findings and Conclusion

After receiving the specialized crisis intervention service package from the hospital social worker, the client considered alternative ways to commit suicide and address the crisis related to the pregnancy and during the intervention process, agreed to assume personal responsibility for some tasks and to take active steps toward their implementation. Ultimately, Yalda's final decision was to give birth and entrust her newborn to the Welfare Organization and until delivery, she will attend two counseling sessions per week with the hospital social worker and psychiatrist. As a result of the interviews and discussions with the client, it was decided that, after complete recovery, she would submit her resume through reputable websites and

pursue a new job based on her abilities and interests. The client's family attended family work sessions facilitated by a social worker at Mahdiah Hospital for six months after the client's discharge and received social work services. In these sessions, they were taught problem-solving skills and effective communication techniques, with a focus on empowering the family in the aftermath of the crisis and drawing on the family's capacities.

Keywords: Clinical Social Work, Case Report, Social Work Interventions, Medical/Hospital Social Work



گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار با یک کیس دشوار بیمارستانی

دانشیار مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران،
ایران.

حمیده عادلپان راسی

دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی،
تهران، ایران.

نگار سراج *

چکیده

مقاله حاضر گزارش مداخله مددکار اجتماعی در مورد مراجع (خانم) ۲۱ ساله و مجردی است (با نام مستعار یلدا) که به صورت خود ارجاع و با نشانگان بارداری به یکی از بیمارستان‌های تهران مراجعه کرده است. پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و به شیوه گزارش موردی انجام شده است. مداخلات مددکار اجتماعی با دو چشم‌انداز اصلی مداخله در بحران و مصاحبه انگیزشی صورت گرفته است. مراجع در پی بارداری خارج از رابطه ازدواج، ابتلا به بیماری مقاربتی HPV، از دست دادن شغل و شکست عاطفی، دچار آشفتگی هیجانی، افکار خودکشی، خشم فروخورده و رفتارهای پرخطر شده بود. بارداری برای او تهدیدی جدی نسبت به موقعیت اجتماعی‌اش محسوب می‌شد. در روند مداخله، مددکار اجتماعی با ایجاد رابطه‌ای حرفه‌ای و حمایتگر، زمینه تغییر نگرش مراجع را فراهم ساخت؛ به گونه‌ای که مراجع تصمیم گرفت پس از زایمان، درمان بیماری خود را آغاز کرده و روابط جنسی و عاطفی‌اش را به صورت آگاهانه مدیریت کند. خانواده به تدریج بارداری یلدا را پذیرفتند و به منبع حمایتی و امن برای او تبدیل شدند. تمرکز اصلی این مطالعه بازنمایی فرآیندهای مداخله، مستندسازی و ارزیابی روانی اجتماعی مبتنی بر بیمارستان است. نتایج مطالعه موردی حاضر، نشان داد پس از تولد فرزند، مراجع با طی فرآیند احقاق حقوق قانونی، تحولی چشمگیر در کیفیت روابط خانوادگی و مهارت‌های ارتباطی خود ایجاد کرده و خانواده نیز به طور فعال در فرایند مداخله مشارکت داشته و درگیر شدند.

کلیدواژه‌ها: مددکاری اجتماعی بالینی، گزارش کیس/مورد، مداخلات مددکاری اجتماعی، مددکاری اجتماعی پزشکی/بیمارستانی

مقدمه و بیان مسئله

امروزه نقش مددکاران اجتماعی در بخش‌های مختلف سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مشخص شده و اهمیت آن مورد توجه قرار گرفته است. نقش آفرینی مددکاران اجتماعی در مراکز بهداشتی درمانی با مفاهیم اصلی و رویکردهای بنیادین حرفه و پتانسیل درک مراجعان در محیط و موقعیت‌های مختلف همواره بستر مناسبی برای غنی‌سازی و توسعه حرفه مددکاری اجتماعی بوده و در پیوند با اصول و اهداف اصلی این حرفه است. ارزیابی مراجعان در راستای فهم جنبه‌های مختلف نیازهای آن‌ها در فضاها و موقعیت‌های متنوع به دلیل گوناگونی مشکلات مراجعان در بستر محیط‌های درمانی، لازمه هرگونه مداخله مبتنی بر نظریه است.

کارکرد مؤثر یک مددکار اجتماعی در سیستم درمانی علاوه بر صلاحیت‌های حرفه‌ای مستلزم شناخت او در خصوص مفاهیمی از قبیل فرهنگ‌سازمانی، قواعد محیط درمانی، قوانین موجود در حوزه حقوق بیماران، فرآیندهای اداری، فنون ارتباط مؤثر و نیز قوانین عمومی جامعه در خصوص جرائم مربوط به رفتارهای افراد در موقعیت‌های خاص است. تجارب افراد شاغل در این حوزه حاکی از آن است که مهارت‌های مددکار اجتماعی در زمینه‌های یادشده، به اثربخشی خدمات ارائه‌شده و ارتقا کیفیت خدمات کمک خواهد کرد.

انتخاب یک یا چند نظریه از بین نظریات مختلف توسط مددکاران اجتماعی معمولاً پس از آگاهی و تسلط نسبی نسبت به ابعاد مشکل یا مشکلات اتفاق می‌افتد. در این بین چندین نظریه در محیط‌های درمانی توسط مددکاران اجتماعی بیشتر مورد اقبال بوده و به کار گرفته می‌شود. مراجعان مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها اغلب به علت خروج از تعادل زندگی به دلایلی از جمله وقوع بیماری‌ها، درگیر شدن با آثار جسمی/روانی/اجتماعی بیماری، بیماری اعضای خانواده، مشکل در خودتنظیم‌گری پس از بهبودی و همچنین ضعف شناختی در خصوص ابعاد مختلف رفتارها نیازمند مداخلات ترکیبی از سوی متخصص هستند (صالحی، ۱۳۹۹: ۱۹).

مددکاران اجتماعی مراکز درمانی عموماً مداخلات خود را بر اساس دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های تصویب‌شده در وزارت بهداشت تنظیم کرده و به اجرای خط‌مشی‌های مرتبط با سنجش‌های مددکاری اجتماعی سلامت می‌پردازند؛ آن‌ها با درک تأثیرات روان‌شناختی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بر سلامت و رفاه بیماران در بستر محیط و روابط اجتماعی آنها مداخله می‌کنند. مداخلات کارشناسان این حرفه در بستر محیط‌های درمانی دامنه گسترده‌ای داشته و عملاً شامل ایفای نقش از زمان تریاژ بیمار در بیمارستان تا زمان بعد از ترخیص بیمار و پیگیری‌های پس از ترخیص می‌شود.

به‌طور کلی حمایت از بیمار و خانواده بیمار در طول درمان و در مواردی بعد از درمان، از طریق ارائه مشاوره‌های کوتاه‌مدت، تشکیل گروه‌های خودیاری با تسهیل‌گری مددکار اجتماعی، تأمین منابع حمایت اقتصادی برای بیماران نیازمند، ارزیابی نیازهای روانی/اجتماعی/اقتصادی بیماران ویژه، نقش‌آفرینی در تیم تخصصی بیمارستان و موقعیت‌های بحرانی از جمله فوت بیمار/قطع عضو/تشخیص بیماری/...، همکاری در تهیه و اجرای برنامه‌های اجتماعی مؤثر بر ارتقا سلامت اجتماعی جامعه به‌ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیر بیمارستان، حمایت یابی درون‌سازمانی و برون‌سازمانی در قالب پروتکل‌های ابلاغی صورت می‌پذیرد.

همچنین به سبب دوگانه نقش‌پردازی مددکاری اجتماعی در نظام سلامت، از حیث عمل به سود بیمار و عمل به سود نظام سلامت، کنشگری در هر دو موقعیت تأثیرات عمیقی را بر پیکره نظام سلامت گذاشته و گهگاه در مقاطعی در پی تغییرات شرایط اجتماعی و همچنین شرایط اقتصادی جامعه موجب مواجهه با چالش‌هایی نیز خواهد بود؛ عمده فعالیت‌های مددکاران اجتماعی در این محور شامل توسعه خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی به بیماران و مراجعان به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر، کاهش هزینه‌های تحمیلی به نظام سلامت، کاهش مدت‌زمان بستری و پیشگیری از بستری مجدد به‌خصوص بیماران مزمن، کاهش استرس و تنش بیماران و خانواده آنها و افزایش رضایتمندی بیماران و خانواده آن‌ها است (Gehlert & Browne, 2019: 56).

گزارش حاضر در خصوص یکی از مراجعان واحد مددکاری اجتماعی در یکی از بیمارستان‌های تهران است. مطالعاتی که به هزینه و فایده مداخلات مددکاری اجتماعی در بیمارستان پرداخته‌اند، مؤثر بودن این دسته خدمات را تأیید می‌کنند (Ponto & Berg, 1992: 43). مراجع دختر ۲۱ ساله، مجرد، با تحصیلات دانشگاهی، شاغل در آژانس هواپیمایی است که در خانه پدری زندگی می‌کند. اخیراً متوجه بارداری شده است و با درد خفیف شکم و با حال آشفته و پریشان همراه مادر به واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان مراجعه نموده است؛ گزارش حاضر به دلایل متعددی قابلیت انتشار دارد؛ مراجع در دسته مراجعین دشوار قرار دارد و به دلیل پیچیدگی‌های مداخله در کار با این نوع از مددجویان و مداخله سطح بالای مددکار اجتماعی، تشریح مراحل مداخله و طرح درمان با هدف فرصت سازی برای یادگیری و ایجاد مستندات مبتنی بر شواهد به توسعه حرفه و به‌خصوص شواهد مددکاری اجتماعی پزشکی و بالینی کمک می‌کند.

مطالعات موردی از جمله ابزارهای کلیدی در مددکاری اجتماعی حوزه پزشکی به شمار می‌آیند و با ارائه بررسی‌های عمیق از موارد واقعی، نقش مهمی در ارتقای کیفیت خدمات درمانی، توسعه مهارت‌های حرفه‌ای مددکاران اجتماعی و بهبود تصمیم‌گیری‌های بالینی ایفا می‌کنند. این مطالعات، ضمن آشکار ساختن پیچیدگی‌های وضعیت بیماران، بستر تعامل بین‌رشته‌ای را فراهم کرده و به درک جامع‌تر از عوامل روانی، اجتماعی و خانوادگی مؤثر بر وضعیت سلامت مددجویان یاری می‌رسانند. (McClean, 2016: 45) پژوهش‌های موردی نشان داده‌اند که تحلیل جزئیات مسیر درمان بیماران با نیازهای پیچیده، می‌تواند نقاط ضعف در هماهنگی خدمات بین‌بخشی را آشکار سازد و راهکارهایی برای بهبود فرآیندهای مراقبت، به‌ویژه در مرحله ترخیص و پیگیری پس از آن، ارائه دهد (Redfern, 2015: 121).

از این منظر، بهره‌گیری منظم از مطالعات موردی و انتشار یافته‌های آن‌ها، زمینه‌ساز توسعه رویکردهای مبتنی بر شواهد در مددکاری اجتماعی پزشکی است و می‌تواند پایه‌ای برای ارتقای کیفیت مداخلات و سیاست‌گذاری‌های خدمات اجتماعی در نظام سلامت

باشد. در سال‌های اخیر، پژوهش‌های داخلی نیز در راستای استانداردسازی مداخلات مددکاری اجتماعی، بر تدوین پروتکل‌های جامع و ساختارمند تأکید داشته‌اند. برای نمونه، معارفوند و همکاران (۱۴۰۱) با تکیه بر رویکرد بوم‌شناختی، پروتکلی برای مداخلات مددکاری اجتماعی روان‌پزشکی طراحی کرده‌اند که خدماتی را در سطوح فردی، خانوادگی، گروهی و اجتماعی پیشنهاد می‌کند. این پژوهش با مرور نظام‌مند ۷۸ مقاله، مدل‌ها و رویکردهایی چون مداخلات خانواده‌محور، آموزش و حمایت هم‌تایان، خدمات اجتماع‌محور، توانبخشی شغلی و پیگیری پس از ترخیص را استخراج و طبقه‌بندی کرده است (معارفوند، ۱۴۰۱: ۵).

یکی از کارکردهای مهم مطالعات موردی، کاربرد آموزشی آن‌ها در تربیت مددکاران اجتماعی است. استفاده از موارد واقعی در آموزش دانشگاهی و کارگاه‌های تخصصی موجب تقویت یادگیری فعال، استدلال بالینی و مهارت حل مسئله می‌شود و امکان انتقال مؤثر دانش نظری به بستر عمل حرفه‌ای را فراهم می‌سازد. از این رو، مطالعات موردی نه تنها ابزاری پژوهشی، بلکه حلقه اتصال میان علم و عمل در مددکاری اجتماعی پزشکی محسوب می‌شوند (McLean, 2016: 19).

مددکاری اجتماعی در نظام سلامت ایران، سابقه‌ای بیش از شش دهه فعالیت حرفه‌ای در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها دارد. با این حال، علی‌رغم این پیشینه تاریخی و استقرار رسمی مددکاران اجتماعی در ساختار بیمارستانی کشور از اوایل دهه ۱۳۴۰ شمسی، بهره‌برداری نظام‌مند، مبتنی بر شواهد و حداکثری از ظرفیت‌های تخصصی این حرفه تا سال‌های اخیر با محدودیت‌های ساختاری، اجرایی و سیاستی همراه بوده است. (Abri, 2014: 76 & Healy, 2014: 76) این امر سبب شده است که نقش مددکاری اجتماعی در نظام سلامت، عمدتاً به مداخلات حمایتی محدود و بعضاً واکنشی تقلیل یابد و جایگاه آن در زنجیره خدمات سلامت، آن‌گونه که در اسناد بالادستی و تجارب بین‌المللی مورد تأکید است، تثبیت نشود.

گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار...، عادلان و سراج | ۱۰۱

بارگذاری این مستندات در قالب «سند کسب و کار» مددکاری اجتماعی، گامی مهم در جهت شفاف سازی خدمات، پاسخ گویی حرفه ای و فراهم سازی زیرساخت های لازم برای پایش، ارزشیابی و نهایتاً تعرفه گذاری خدمات محسوب می شود. علاوه بر این، در بازه زمانی هفت ساله مذکور، تدوین و تصویب سه استاندارد عمل شامل «خدمات تعاملی پیچیده»، «ارزیابی جامع» و «مشاوره آموزشی» به عنوان نخستین تلاش های رسمی در راستای تعریف بسته های خدمتی قابل سنجش و قابل قیمت گذاری، نقطه عطفی در مسیر حرفه ای سازی مددکاری اجتماعی پزشکی در ایران بشمار می رود.

این استانداردها، با الهام از مدل های بین المللی ارائه خدمات مددکاری اجتماعی در نظام سلامت، بر ضرورت مداخلات خانواده محور و اجتماع محور تأکید دارند (Brown, 2017: 65). در حقیقت ثبت و انتشار گزارش مراجعین در حرفه مددکاری اجتماعی با به کارگیری اصول اخلاقی برای هدایت حرفه ای و کاربست تفکر انتقادی برای اطلاع رسانی و برقراری ارتباط با متخصصان، زمینه پیشبرد حقوق بشر و عدالت اجتماعی و اقتصادی و درگیر شدن در عمل آگاهانه را تسهیل می کند. در این راستا، انتشار گزارش های موردی مددکاران اجتماعی در زمینه مداخلات فرآیندی در کار با مراجعان، با تکیه بر کاربست نظریه های این حرفه، مورد اهمیت و شایان توجه است. در این زمینه، مطالعاتی نیز صورت گرفته است.

در سال ۱۴۰۱، مقاله پژوهشی با عنوان "مداخلات مددکاری اجتماعی در کار با یک کودک مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی (گزارش مورد)" در فصلنامه مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی منتشر شد؛ مددکار اجتماعی در کار با این مراجع، مداخله های خود را بر اساس نظریه دلبستگی پیاده نموده و از این طریق آموزش های لازم به مادر و معلم کودک داده شده است (تو کلی، ۱۴۰۱: ۱۴).

مطالعه دیگری در سال ۱۳۹۸ تحت عنوان "مددکاری اجتماعی در حوادث طبیعی (گزارش مورد)" در همان فصلنامه منتشر شد؛ در این مطالعه مداخلات صورت گرفته در خصوص کودکی که در زلزله کرمانشاه درگیر استرس شدید و مشکلات عاطفی شده و از

والدین خود جدا مانده بود، به قلم درآمده و جریان مداخله را از ابتدا و در نهایت با نزدیک شدن به هدف در نظر گرفته شده توضیح می‌دهد (خانلری و مسلمی، ۱۳۹۸: ۱۲). در همین راستا، مطالعه کیفی صادقی هاردنگی و همکاران (۱۴۰۲) با عنوان «مداخلات مددکاری اجتماعی پزشکی در برنامه‌ریزی ترخیص»، اهمیت گزارش‌نویسی دقیق و هدفمند مددکاران اجتماعی را به عنوان یکی از عناصر کلیدی ترخیص ایمن بیماران برجسته می‌سازد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، مستندسازی صحیح نه تنها تداوم مراقبت را تضمین می‌کند بلکه از بستری مجدد بیماران نیز پیشگیری می‌نماید (صادقی هاردنگی، ۱۴۰۲: ۳).

در پژوهش‌ها و مقالات غیرفارسی توجه به بخش مستندسازی مداخلات عملی مستقیم و غیرمستقیم مددکاران اجتماعی در مواجهه با مراجعان، سابقه بیشتری دارد؛ در سال ۲۰۰۳ مقاله پژوهشی در آمریکا تحت عنوان "مداخلات یک مددکار اجتماعی در خصوص یک مراجع درگیر خشونت خانگی (گزارش یک مراجع)" در فصلنامه مددکاری اجتماعی به چاپ رسید، در این مقاله پس از تحلیل رویکرد جنبش‌های فمینیستی در برابر زنان خشونت دیده، گزارش عملی در خصوص مواجهه‌های حرفه‌ای یک مددکار اجتماعی در کار با یک خانم خشونت دیده و قربانی همسر آزاری ارائه می‌دهد (Dennis, 2003: 23).

مطالعه دیگری در سال ۲۰۲۴ در فصلنامه مددکاری اجتماعی دانشگاه سیچوان^۱ چین تحت عنوان "مراقبت و کنترل در مددکاری اجتماعی سلامت روان (مطالعه موردی یک کیس)" به چاپ رسیده و منتشر شد، در این مطالعه یکی از موضوعات چالش‌برانگیز در حیطه مددکاری اجتماعی سلامت و شیوه عمل مؤثر مددکار اجتماعی در آن موقعیت به قلم درآمده است. درمان اجباری و پیشینه حقوقی یک پرونده مددکاری اجتماعی سلامت روان در اسکاتلند، معضلات اخلاقی در طول مداخله، روش مبتنی بر رابطه کاری با هدف

1. Sichuan

گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار...، عادلان و سراج | ۱۰۳

جلب اعتماد و در نهایت تسهیل درمان بیمار و بازگشت به خانواده پس از ترخیص از بیمارستان از موضوعات مورد بحث در این مقاله است. (Qiang, 2024: 32)

سان^۱ و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که محتوای گزارش‌های مددکاری اجتماعی می‌تواند به شکل مؤثری بر تصمیم‌گیری پزشکان درباره انتخاب روش درمان تأثیر گذارد. اطلاعات اجتماعی و خانوادگی ثبت‌شده در این گزارش‌ها، به‌طور غیرمستقیم اما مؤثر، مسیر تصمیمات درمانی را هدایت می‌کند و اهمیت آموزش دقیق و استانداردسازی گزارش‌نویسی در محیط‌های بالینی را برجسته می‌سازد. (Sun, 2024: 78) در پی موفقیت درمان و اثربخشی مداخلات صورت گرفته با توجه به اهداف پیش‌بینی‌شده در طرح درمان و همچنین چندوجهی بودن مداخلات این گزارش از حیث دربرداشتن انواع مداخلات مددکار اجتماعی در کار با یک کیس دشوار، انتشار این گزارش با هدف کمک به آموزش، تقویت تجارب عملی و فرصت‌های رشد و پیشرفت حرفه‌ای و توانایی‌های شغلی می‌تواند به‌صورت کیس‌استادی^۲، کمک‌کننده باشد. مطالعه حاضر به دنبال این است که به این پرسش پاسخ دهد: "نوع مواجهات و مداخلات یک مددکار اجتماعی شاغل در بیمارستان در خصوص یک مراجع دشوار چه خواهد بود؟".

نظریه‌های کاربردی در عمل

در این مطالعه از دو مدل مداخله در بحران مبتنی بر نظریه کاپلان^۳ (۲۰۱۵) و ابزار مصاحبه انگیزشی مبتنی بر نظریه ویلیام میلر^۴ (۲۰۱۳) برای مداخله استفاده شده است. در این گزارش موردی، مداخله بر پایه تلفیق دو چارچوب نظری «مصاحبه انگیزشی» و «مدل مداخله در بحران» طراحی شده است. انتخاب این رویکرد تلفیقی با توجه به ماهیت مسئله (بارداری ناخواسته، تصمیم به سقط جنین، و عدم پیگیری درمان HPV، سطح پایین انگیزه برای تغییر، و محدودیت زمانی مداخله) صورت گرفته است.

1. Sun

2. Case study

3. Kaplan

4. W. Miller

۱. مصاحبه انگیزشی به عنوان چارچوب افزایش انگیزه تغییر

مصاحبه انگیزشی، روشی رهنمودی، مراجع محور و مبتنی بر همکاری است که با هدف افزایش انگیزه درونی برای تغییر، از طریق شناسایی و بسط دوسوگرایی های مراجع به کار گرفته می شود. در این رویکرد، به جای مواجهه مستقیم، نصیحت یا اقناع تحمیلی، تلاش می شود ظرفیت های درونی فرد برای تصمیم گیری آگاهانه فعال گردد. مصاحبه انگیزشی فاقد یک نظریه تبیینی واحد درباره علت بروز مشکل است، اما از چند بنیان نظری مهم بهره می گیرد. نخست، این رویکرد متأثر از درمان مراجع محور راجرز است که بر همدلی دقیق، پذیرش غیرمشروط و اصالت درمانگر تأکید دارد. بر این اساس، ایجاد فضای امن و غیر قضاوتی شرط اساسی برای شکل گیری گفت و گوی تغییر است (Martino, 2002: 97).

بر اساس ارزیابی انجام شده، مراجع در مرحله پیش تفکر قرار دارد؛ به این معنا که بیماری HPV را تهدید جدی تلقی نکرده و تصمیم به سقط جنین را قطعی و غیرقابل بازنگری می داند. در این مرحله، هدف مداخله تغییر فوری رفتار نیست، بلکه افزایش آگاهی، بسط دوسوگرایی پنهان و حرکت تدریجی به مرحله تفکر است. در این راستا، مددکار اجتماعی با استفاده از مهارت های گوش دادن فعال، بازتاب هدفمند، پرسش های باز و تأکید گزینشی بر گفتار تغییر، زمینه بازاندیشی را فراهم می کند. همچنین تقویت احساس خودکارآمدی به عنوان شرط اساسی تغییر مورد توجه قرار می گیرد.

۲. مدل مداخله در بحران کاپلان (۲۰۱۵)

مدل مداخله در بحران که توسط کاپلان توسعه یافته و در بازنگری های جدید (۲۰۱۵) بر مداخله کوتاه مدت و ساختار یافته تأکید دارد، بحران را وضعیتی می داند که در آن تعادل روانی-هیجانی فرد در اثر یک رویداد تنش زا برهم خورده و راهبردهای مقابله ای معمول فرد کارآمدی خود را از دست داده اند. بر اساس این مدل، بحران دارای ویژگی هایی است: ادراک تهدید نسبت به یک نیاز اساسی، ناتوانی در حل مسئله با روش های معمول، تجربه

گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار...، عادلان و سراج | ۱۰۵

آشفته‌گی هیجانی و شناختی و محدود بودن زمان و نیاز به مداخله فوری. در مورد حاضر، بارداری ناخواسته و ابتلا به HPV به عنوان رویدادهای بحران‌زا عمل کرده‌اند. تصمیم قاطع برای سقط جنین و عدم پیگیری درمان می‌تواند به عنوان تلاش فوری برای کاهش اضطراب و بازگرداندن تعادل روانی تفسیر شود، هرچند این تصمیم ممکن است در بلندمدت پیامدهای پیچیده‌تری ایجاد کند. مدل کاپلان تأکید می‌کند که مداخله در بحران باید:

- کوتاه‌مدت و متمرکز باشد.

- بر حل مسئله فوری تمرکز کند.

- منابع حمایتی را فعال نماید.

- عملکرد سازگاران را بازگرداند.

در این چارچوب، مددکار اجتماعی ابتدا ماهیت بحران، شدت آشفتگی، و منابع حمایتی (از جمله حضور مادر) را ارزیابی می‌کند. سپس با کمک به تعریف دقیق مسئله، بررسی گزینه‌های موجود، و کاهش فشار هیجانی، به مراجع کمک می‌کند تا از تصمیم‌گیری تکانه‌ای فاصله بگیرد و به تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر برسد. به طور کلی، تلفیق مصاحبه انگیزشی و مدل مداخله در بحران از چند جهت توجیه‌پذیر است:

- بحران موجود نیازمند مداخله فوری و ساختاریافته است.

- سطح پایین انگیزه و قرار داشتن در مرحله پیش‌تفکر، استفاده از راهبردهای مستقیم یا توصیه‌ای را ناکارآمد می‌سازد.

- موضوعات مرتبط با سلامت جنسی و باروری، حساس و بالقوه دفاع برانگیز هستند؛ بنابراین رویکرد همدلانه و غیرمواجهه‌ای ضروری است.

روش پژوهش

رویکرد اصلی این پژوهش از نوع کیفی و مطالعه موردی^۱ طراحی شده است. این رویکرد با تمرکز بر بررسی عمیق یک نمونه خاص، امکان درک دقیق پدیده‌ها را فراهم می‌کند. به عبارت ساده، «مطالعه موردی» روشی است که از منابع اطلاعاتی گسترده برای بررسی نظام‌مند افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها یا رویدادها استفاده می‌نماید. باقر ساروخانی (۱۳۷۳)، معتقد است که این روش به دلیل توانایی در شناخت کل‌نگر واقعیت‌ها و کاوش در ابعاد پنهان پدیده‌ها حائز اهمیت ویژه‌ای است؛ به گونه‌ای که تنها از طریق مطالعات موردی می‌توان بسیاری از پیچیدگی‌ها و ویژگی‌های منحصر به فرد هر موضوع را کشف و تحلیل نمود. لذا، در این مطالعه هدف استفاده از این طراحی، تحلیل عمیق تعاملات مددکاری اجتماعی و محیط بالینی بیمارستانی است و در پی فهم عمیق و مفهومی در سایه رویکردهای مددکاری اجتماعی است؛ بنابراین تعمیم‌پذیری کمی مدنظر نیست.

مورد مطالعه پیش رو، یک مراجع دشوار، شامل بیمار با چالش‌های چندگانه (در حوزه‌های فردی و مشکلات اجتماعی-خانوادگی) است. انتخاب این مورد بر اساس ترکیب نیازهای بالینی و اجتماعی خاص صورت گرفته است. اطلاعات پژوهش از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با مراجع، مصاحبه با اعضای خانواده/تیم درمانی، بررسی پرونده بالینی، مشاهدات مستقیم در جلسات مددکاری اجتماعی، فرم‌های ارزیابی روانی اجتماعی و همچنین ثبت پیوسته فرآیندها و مشاهده در چند مرحله (پیش از مداخله، در طول اجرا و پس از اتمام خدمات)، در بازه زمانی سه‌ماهه اول سال ۱۴۰۳ جمع‌آوری شده‌اند.

در این مطالعه، ارزیابی وضعیت مراجع با تأکید بر تحلیل وضعیت روانی پر ریسک، ارزیابی مخاطرات بیماری مقایسه‌ای در مراجع (Hpv)، بررسی میزان دسترسی به شبکه‌های حمایتی، سنجش شرایط اجتماعی و اقتصادی، ارزیابی سطح مهارت‌های اجتماعی و

1. Case study

گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار...، عادلان و سراج | ۱۰۷

بررسی چالش‌های ارتباطی در خانواده، به‌ویژه در پی بحران‌های پیش رو، انجام شد و همچنین اجزای مداخله شامل؛ ۱) جلسات مشاوره حضوری فردی برای ارزیابی انگیزه و نیازهای بیمار ۲) هماهنگی با تیم درمانی، پیوند به منابع اجتماعی و آموزش مهارت‌های داخلی ۳) جلسات مشاوره خانواده برای کاهش تنش و حمایت خانواده ۴) پیگیری پس از ترخیص و طراحی نقشه مسیر تغییر در نظر گرفته شده است. در بخش مستندسازی، مستندسازی دقیق زمان جلسات، محتوا، ابزارهای استفاده شده و واکنش‌های مراجع، برای ارائه شفاف در گزارش نهایی مدنظر قرار گرفته است.

مراحل نوشتن این گزارش موردی، مبتنی بر ادبیات روش‌شناختی استاندارد، به‌ویژه چارچوب مطالعه موردی رابرت کی. بین (۲۰۱۸) و راهنمای گزارش‌دهی انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۲۰) - ارائه شده است. این مراحل کاملاً با گزارش‌های موردی مددکاری اجتماعی، به‌ویژه در زمینه‌های بالینی، سازگار هستند. و شامل مراحل ذیل می‌شوند:

- تعریف هدف و مرزهای کیس؛ هدف و منطق روشن، تعریف واحد تحلیل (فرد، خانواده، گروه، سازمان)، مرزهای موردی روشن (بازه زمانی، زمینه، محیط)

- زمینه و پیشینه کیس؛ توصیف ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی، مشکل مطرح شده، تاریخچه روانی-اجتماعی، پزشکی یا محیطی مرتبط، محیط ارائه خدمات (مثلاً بیمارستان، مدرسه، سازمان اجتماعی)

- روش‌شناسی؛ طراحی (طرح تک موردی، توصیفی، اکتشافی یا توضیحی)، رویه‌های جمع‌آوری داده‌ها (مصاحبه‌ها ساختاریافته/نیمه ساختاریافته، مشاهدات، یادداشت‌ها یا سوابق موردی، ابزارهای ارزیابی استاندارد)، ملاحظات اخلاقی؛ رضایت آگاهانه، معیارهای محرمانگی، استفاده از نام‌های مستعار و...

- ارزیابی و تدوین؛ ارائه ارزیابی زیستی-روانی-اجتماعی، چارچوب نظری راهنمای

تحلیل؛ عوامل خطر/محافظتی، مفهوم‌سازی موردی

- شرح مداخله؛ اهداف مداخله، مدت و فراوانی، تکنیک‌های اعمال شده

- نتایج و ارزیابی؛ توصیف تغییرات مشاهده شده، نتایج گزارش شده توسط مراجع، معیارهای عینی (در صورت استفاده) و نتایج پیگیری
- بحث؛ تفسیر یافته‌ها در پیوند با نظریه، مقایسه با ادبیات موجود، توضیح یافته‌های غیرمنتظره، شناسایی پیامدها برای عمل
- محدودیت‌ها؛ قابلیت تعمیم محدود، سوگیری بالقوه، داده‌های ازدست رفته

*** راهنمای مداخلات

پروتکل جامع مداخلات مددکاری اجتماعی بیمارستانی، ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که فرم آن در اچ آی اس بیمارستان‌ها نیز موجود است به عنوان راهنمای مداخلات مورد استفاده قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی

۱. هدف اصلی هر پژوهش باید ارتقای سلامت انسان‌ها توأم با رعایت کرامت و حقوق ایشان باشد؛ لذا در این مطالعه هدف کلیه مداخلات انجام شده، ارتقا سلامت در سطوح مختلف جسمی، روانی و اجتماعی بوده و در راستای ارتقا کیفیت سلامت مراجع اقدامات درمانی طبق اصول پروتکل‌های تصویب شده در وزارت بهداشت برنامه عملی طراحی و اجرا شده است.
۲. در این مطالعه بر آزمودنی‌های انسانی، سلامت و ایمنی مراجع در طول و بعد از اجرای پژوهش، بر تمامی مصالح دیگر اولویت دارد.
۳. انتخاب نام مستعار برای مراجع فعلی، پرهیز از تشریح اطلاعاتی که منجر به شناسایی مددجو شوند و عدم عنوان اطلاعات شخصی مراجع و خانواده از جمله مواردی است که مصداقی از رعایت اصل محرمانگی و حفظ حریم شخصی در مراجع است.

گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار...، عادلان و سراج | ۱۰۹

۴. در ابتدای مداخله و شروع فرآیند کمک‌رسانی، فرم رضایت‌نامه کتبی از مراجع اخذ شده و در آن به آگاهی از مکتوب و منتشر شدن فرآیند مداخله اشاره شده و رضایت کامل مراجع اخذ شد.

۵. عدم قبول شرکت در پژوهش، یا ادامه ندادن به همکاری، هیچ‌گونه تأثیری بر خدمات درمانی که به فرد ارائه می‌شود، ندارد. این موضوع در فرایند اخذ رضایت آگاهانه، به مراجع اطلاع داده شد.

۶. پژوهشگر نتایج پژوهش و مطالعه را شفاف، کامل و صادقانه، اعم از نتایج مثبت و منفی، مطرح نموده است.

لارم به ذکر است این ملاحظات اخلاقی بر اساس راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی در ایران هستند که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ابلاغ شده‌اند.

زمینه و پیشینه مراجع

۱. توصیف مراجع

مراجع دختر ۲۱ ساله، با پوشش رایج (شال و مانتوی بلند)، قد حدوداً ۱۷۰، لاغراندام، با پوست گندمی، با ظاهری آشفته و چهره‌ای مضطرب، با گودی و سیاهی دور چشم درست روبروی صندلی مددکار اجتماعی می‌نشیند. سرش را مدام رو به پایین خم کرده است، هیچ‌گونه ارتباط چشمی برقرار نمی‌کند، گهگاهی نگاهی به وسایل اتاق می‌اندازد و دوباره نگاهش را می‌دزدد. با دو صندلی فاصله در کنار مادرش می‌نشیند. صورت توپر و چشمانی نگران دارد و به‌ظاهر در بیان مشکلش تردید دارد، نفس‌های کوتاهی دارد و ظاهراً اضطراب بالایی را تجربه می‌کند، آهسته صحبت می‌کند، صدایش نوساناتی دارد و گهگاه بریده‌بریده صحبت می‌کند، هنگام صحبت کردن ابروهایش را بالا می‌اندازد، لب‌هایش خشکیده، نگاه‌های خیره دارد، بازوهایش را به‌صورت ضربدری درهم‌فشرده است، نشستن خمیده گونه‌ای دارد و تنه‌اش را مخفی می‌کند.

طبق اظهارات مادر، یلدا یک سال پیش با پسری به قصد ازدواج آشنا شده و مدتی باهم در ارتباط بودند. یلدا دلبسته فرد مذکور شده و اقدام به برقراری رابطه جنسی نموده است. در این مدت طی بروز نشانگان بیماری، متوجه HPV از نوع پیشرفته می‌شود اما به علت چالش‌ها و فشارهای روانی در پی رابطه خارج از چارچوب ازدواج، به پیگیری درمان نمی‌پردازد. اکنون در ماه هفتم بارداری است و خانواده به تازگی از این جریان مطلع شده‌اند. علاوه بر این، تشخیص HPV برای یلدا ایجاد دغدغه و پریشانی کرده است. بارداری و نابسامانی خانوادگی در پی اطلاع خانواده یلدا و خانواده‌اش را وارد فاز بحران و آشفتگی نموده است.

۲. سابقه و تاریخچه مشکل

وجود بحران‌های متعدد از قبیل بروز بیماری مقاربتی، بارداری خارج از چارچوب ازدواج، نابسامانی خانوادگی و خطر از دست دادن شغل چالش‌های متعددی را برای یلدا و خانواده‌اش ایجاد کرده است. مسائل یلدا طبق اظهارات از دوران نوجوانی‌اش در پی اختلال در رابطه‌اش با پدر آغاز شده است. پدر یلدا فردی سنتی و با عقاید مذهبی است که سبک فرزند پروری مقتدرانه و مستبدانه نسبت به فرزندانش داشته است. یلدا دارای یک برادر ۱۳ ساله است. ارتباط او با برادرش ارتباطی توأم با احساس مسئولیت، علاقه و دل‌نگرانی است.

یلدا عنوان می‌کند اغلب به دلیل نقص ارتباط پدر با برادرش از حیث میزان صمیمیت و نزدیکی عاطفی دغدغه‌مند است. او نسبت به سخت‌گیری‌ها و اعمال محدودیت در ارتباطات دوران نوجوانی آزرده‌خاطر است و از دید او تصاحب آزادی‌اش توسط پدر را زمینه‌ای برای یافتن قدری آزادی برای عمل در سنین بالاتر می‌داند. نقش مادر یلدا در خانواده برقراری تعادل بین قدرت پدر و بی‌قدرتی فرزند از طرق مختلف، تلاشگری برای حل تعارضات پدر با فرزندان و ایجاد محیطی شاد و سالم در خانواده بود. سابقه چالش‌های یلدا با پدر به سنین نوجوانی (۱۴ سالگی) بازمی‌گردد.

ارتباطات یلدا با جنس مخالف نیز به سنین ۱۴-۱۵ سالگی برمی گردد. در همین سن ارتباط جنسی، وابستگی های شدید و بیمارگونه و مسافرت های مخفیانه را تجربه می کند. به دلیل افت تحصیلی، بی نظمی در ورود و خروج از منزل، پوشش نامتعارف و موارد دیگر مدام از جانب پدر مورد مواخذه قرار می گیرد. تجربه پیامدهای رابطه با جنس مخالف در ابعاد و اشکال مختلف به شکل کاملاً متناقض تولید ضربات روانی و فشارهای خانوادگی برای یلدا نموده است. اکنون یلدا با چندین مسئله و بحران مهم روبرو است. افکار خودکشی دارد و در ماه های آخر بارداری به سر می برد.

ارزیابی کیفی مراجع و خانواده وی

به علت ارتباط تنگاتنگ بین سویه های بیماری (HPV)، بارداری و تعاملات آن ها در برآیند مسائل فعلی مراجع، ابعاد پیچیده هر مسئله در پیوند با مسائل دیگر در چرخه ارتباطات فرد در محیط و در موقعیت طرح بندی می شود. در این بخش ابتدا ارزیابی توصیفی بعد از آن به ارزیابی تحلیلی خواهیم پرداخت.

۱. ارزیابی وضعیت اقتصادی خانواده:

به طور کلی نتیجه بررسی ها از طریق ارزیابی شاخص های وضعیت اقتصادی خانواده، نشان داد خانواده در این مقوله از وضعیت نسبتاً مساعدی برخوردار است. پدر خانواده در یک کارخانه سرپرست بوده و مادر مشغول کار خانگی است. درآمد پدر در ماه حدوداً ۱۸ میلیون تومان و درآمد مادر حدوداً ۱۰ میلیون تومان است. خانواده در منزل شخصی با مساحت ۸۰ متر در یکی از مناطق جنوب تهران زندگی می کنند. برآورد هزینه های خانواده حدوداً ۱۶ میلیون است و مبلغی برای پس انداز ماهیانه در نظر گرفته شده است. خانواده دارای حداقل های یک زندگی استاندارد از قبیل درآمد ماهیانه ثابت و مکفی، اتومبیل و منزل شخصی برای سکونت می باشند. پدر دارای یک باغ با مساحت حدوداً ۳۰۰ متر در شمال ایران است که گویا از سهم ایشان از ارث پدرشان است. سالیانه حدوداً سه مرتبه به

مسافرت می‌روند. اعضای خانواده دارای بیمه پایه تأمین اجتماعی و بیمه تکمیلی هستند. مهم‌ترین هزینه‌های خانواده غیر از تأمین مخارج روزمره، کلاس‌های تقویتی فرزند پسر خانواده و کلاس‌های هنری یلدا است.

۲. ارزیابی وضعیت فرهنگی خانواده:

پدر خانواده مهاجر به تهران بوده و مادر اهل تهران هستند. بنا بر الگوهای غالب در فرهنگ خانواده مذکور، مهم‌ترین تصمیمات خانواده توسط پدر خانواده اتخاذ می‌گردد. پدر در خانواده حامی اصلی است و نسبت به اعضای خانواده خود بسیار مسئول و حساس است. معنویت عامل مهم دیگری است که در بستر محیط خانوادگی چنین خانواده‌هایی موقعیت مناسبی برای ظهور، رشد و تعالی دارد. اهمیت معنویت و توجه به خصوص به این مقوله در اغلب خانواده‌ها با چنین سبک فرهنگی قابل ارزیابی است.

چارچوب‌ها، مرزها و الزامات درون خانوادگی توسط پدر مرتباً بررسی و مورد پرسش قرار می‌گیرد و این نوع نظارت گونه‌ای از توجه و بعدی از مراقبت در نظر گرفته می‌شود. خروج از محدوده به تصویر کشیده شده توسط والد/والدین و قلمرو قوانین در چنین خانواده‌هایی عموماً به معنای سرپیچی از دستورات بوده و واکنش‌هایی با طیف شدید را در بر خواهد داشت. تحصیلات پدر یلدا فوق‌دیپلم و تحصیلات مادر یلدا دیپلم است. والدین نسبت به تربیت فرزندان خود آگاه و متوجه هستند و حساسیت‌های منطقی را نسبت به تحصیل فرزندان خود دارند.

۳. ارزیابی وضعیت جسمی خانواده:

پدر مبتلا به دیابت از نوع غیر پیشرفته و مادر خانواده از نظر جسمی سالم است. یلدا مبتلا به HPV است و برادرش مبتلا به بیماری یا درد جسمی نیست.

۴. ارزیابی وضعیت روانی مراجع:

طی مصاحبه به عمل آمده برآیند ارزیابی ظاهری از یلدا در جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت. به لحاظ ظاهری در هنگام مصاحبه یلدا اندامی خمیده، چشمان مضطرب، با لباس‌های چروک اما آراسته، بهداشت ظاهری معمولی و با همکاری مناسب، تماس چشمی محدود، با دقت و توجه پایین، تعریق بیش از حد و دستان مرطوب ارزیابی شد. به لحاظ حرکتی درگیر رفتار کلیشه‌ای تکان دادن مرتب پاها و بی‌قراری است. به لحاظ تکلم عدم کنترل تن صدا و تردید آمیز بودن کلمات و اغلب صدای بسیار آرام و با لرزش، تندگویی و گاهی لکنت زبان ارزیابی شد. یلدا در جریان مصاحبه بسیار مضطرب، غمگین، مأیوس و پریشان است. احتمال وجود خطاهای ادراکی در یلدا ارزیابی شد. طبق بررسی‌ها و مصاحبه توسط مددکار اجتماعی با یلدا با وجود شرایط بحرانی در حال حاضر از هوش، توجه، تمرکز، حافظه و بینش قابل قبولی برخوردار است.

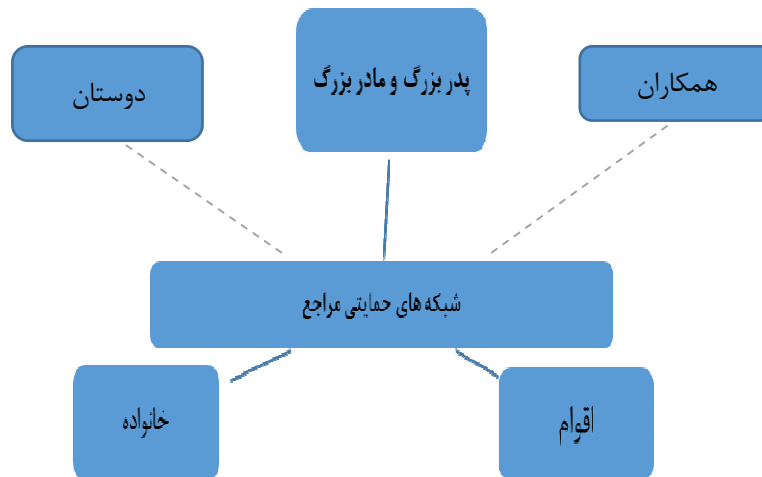
مراجع در حال حاضر درگیر افکار خودکشی است. طبق اظهارات مادر طی دو ماه اخیر سه مرتبه اقدام به خودکشی با قرص استامینوفن و متفورمین نموده است. او مدتی است به دلیل اختلال در روابط بین فردی (همکاران / اعضای خانواده / دوستان)، بروز علائم افسردگی (تمایل شدید به تنهایی، افزایش ساعات خواب شبانه‌روزی، درماندگی و ناامیدی، احساس نداشتن انرژی، عدم تمرکز در امور) و بحران بارداری نیاز به کمک دارد. برای اولین بار به واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان مراجعه نموده است. تنش‌های یلدا با والدین اکنون به دلیل بارداری و اطلاع والدین از این موضوع تشدید شده است. یلدا پیش از این سابقه مراجعه به مشاوره را دارد. طی اولین اقدام او برای خودکشی در دی‌ماه ۱۴۰۲ با مصرف قرص به بیمارستان لقمان تهران منتقل شده و پس از پاک‌سازی معده طبق مصاحبه مددکار اجتماعی بیمارستان با بیمار و تشکیل پرونده اجتماعی، ارائه خدمات آموزش فردی و مشاوره خانوادگی سرپایی ترخیص می‌شود.

پس از یک ماه در ۲۵ بهمن‌ماه در یک باغی واقع در دماوند مجدداً اقدام به خودکشی با قرص می‌کند و توسط اورژانس به بیمارستان سوم شعبان دماوند منتقل

می‌شود. اقدام سوم او برای خودکشی (۲۱ فروردین) مشابه دفعات قبل استعمال داروهای کدیین دار و پس از آن مصرف الکل بود که بنا به تشخیص روانپزشک بیمارستان امام حسین ۵ روز در بخش روان بستری شده و تحت درمان قرار گرفته است. روابط مراجع با دوستان صمیمی‌اش به علت بارداری محدود شده است و از جانب دوستان طرد شده است. در محل کارش مجبور به مخفی‌کاری و دروغ گفتن در خصوص شکم برآمده‌اش کرده و رفتارهای همکاران برایش آزاردهنده شده است.

۵. ارزیابی وضعیت شبکه حمایتی و اجتماعی مراجع و خانواده

ارتباط خانواده با اقوام درجه یک (پدربزرگ - مادربزرگ) در سطح مطلوبی قرار دارد. مادربزرگ پدری به لحاظ عاطفی و مالی حمایتگر است. معاشرت خانواده با اقوام مرتباً صورت می‌پذیرد. خواهر و برادرهای مادر ارتباط توأم با حمایت، همدلی و پشتیبانی با خانواده دارند. ارتباط خانواده با همسایگان در حد متعادل برقرار است. منبع حمایت عاطفی برای خانواده از سوی اعضای خانواده و اقوام تأمین می‌شود. خانواده به لحاظ ایفای نقش حمایتگری ابزاری، فعالانه از اقوام خود پشتیبانی به عمل می‌آورند. اعضای خانواده تا قبل از بروز بحران و خارج شدن از حالت تعادل نسبت به خانواده گسترده حمایتگری اطلاعاتی نیز به عمل می‌آوردند. همکاران یلدا منبع حمایتی دیگری از حیث عاطفی و حمایتی بوده‌اند که در حال حاضر در این بعد از ارتباط نیز دچار ازهم گسیختگی شده است. خانواده در هیچ نهاد و شبکه حمایت رسمی عضویت ندارد. در نمودار (شماره ۱) شبکه‌های حمایتی مراجع به تناسب میزان ارتباط مراجع به آن‌ها در طیفی از ارتباط (ضعیف، نسبتاً قوی و قوی) ترسیم شده است.



نمودار ۱- شبکه‌های حمایتی مراجع

راهنما:

نقطه چین؛ ارتباط ضعیف
خط صاف؛ ارتباط نسبتاً قوی
دو خط صاف؛ ارتباط قوی

۶. تحلیل مددکار اجتماعی از نتیجه ارزیابی با توجه به عوامل خطرآفرین و

حفاظت کننده:

مدل‌های مداخله در بحران بر پایه مفروضاتی در خصوص پاسخ‌های منحصر به فرد افراد در مقابل پدیده‌های تجربه شده جهانی استوار است. ارزیابی بحران معمولاً به‌طور ویژه روی کارکرد عاطفی، رفتاری و شناختی لحظه‌ای فرد در بحران متمرکز است و در تلاش است بین افرادی که به کمک‌های مستقیم و فوری نیاز دارند و آن‌هایی که می‌توانند در شرایط ایمن در انتظار مراقبت بمانند، تمایز قائل شود. این ارزیابی راهنمای مختصری برای مداخله‌گران بحران در تماس‌های آغازی و مراحل ابتدایی مداخله در بحران فراهم می‌کند.

تحلیل و ارزیابی تخصصی در خصوص مراجع کنونی از دریچه رویکردهای مداخله در بحران و مصاحبه انگیزشی صورت گرفته است.

یلدا در حال تجربه بحران موقعیتی و بحران هستی‌شناسی است. او درگیر حوادث ناگهانی، غیرعادی و مهمی است که احساس می‌کند مجهز به دست‌آویزی برای پیش‌بینی و کنترل آن‌ها نیست. فرضیه‌های فعلی در خصوص این مراجع حاکی از پیچیدگی شرایط حاضر و همچنین پوشش ناکافی منابع حمایتی در اثر انگ خوردگی‌های متوالی است؛ فرضیه اول؛ "تصمیمات یلدا تحت تأثیر آسیب‌هایی که در اثر رابطه عاطفی مخدوش شده متحمل شده است، توأم با عدم اطمینان به خود، عدم پایداری روانی و احساس بی‌ارزشی است. به عبارت دیگر از دست دادن رابطه عاطفی با شریک احساسی در یلدا موجب خشم نسبت به خود شده و او در حال انتقام گرفتن از خود برای تمام اشتباهاتش است".

فرضیه دوم؛ "به دلیل اهمیت شبکه دوستی و همکاران برای مراجع در حال حاضر یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها و منابع اضطراب یلدا مواجهه با واکنش‌های شبکه دوستی بوده و به دلیل عدم آمادگی برای این موقعیت فشار مضاعفی را متحمل شده است." در مواجهه مددکار اجتماعی با بحران عاطفی و روانی یلدا، تحلیلی مفهومی صورت گرفته که از تلفیق نظریه بحران کاپلان و رویکرد انگیزشی شکل گرفته است؛ بحران در این متن نه صرفاً یک رویداد گذرا، بلکه وضعیتی فراگیر و تمامیت‌یابنده است که نظم روانی و هویتی مراجع را به چالش می‌کشد و نیازمند مداخلات زمان‌مند، فرد محور و انعطاف‌پذیر است.

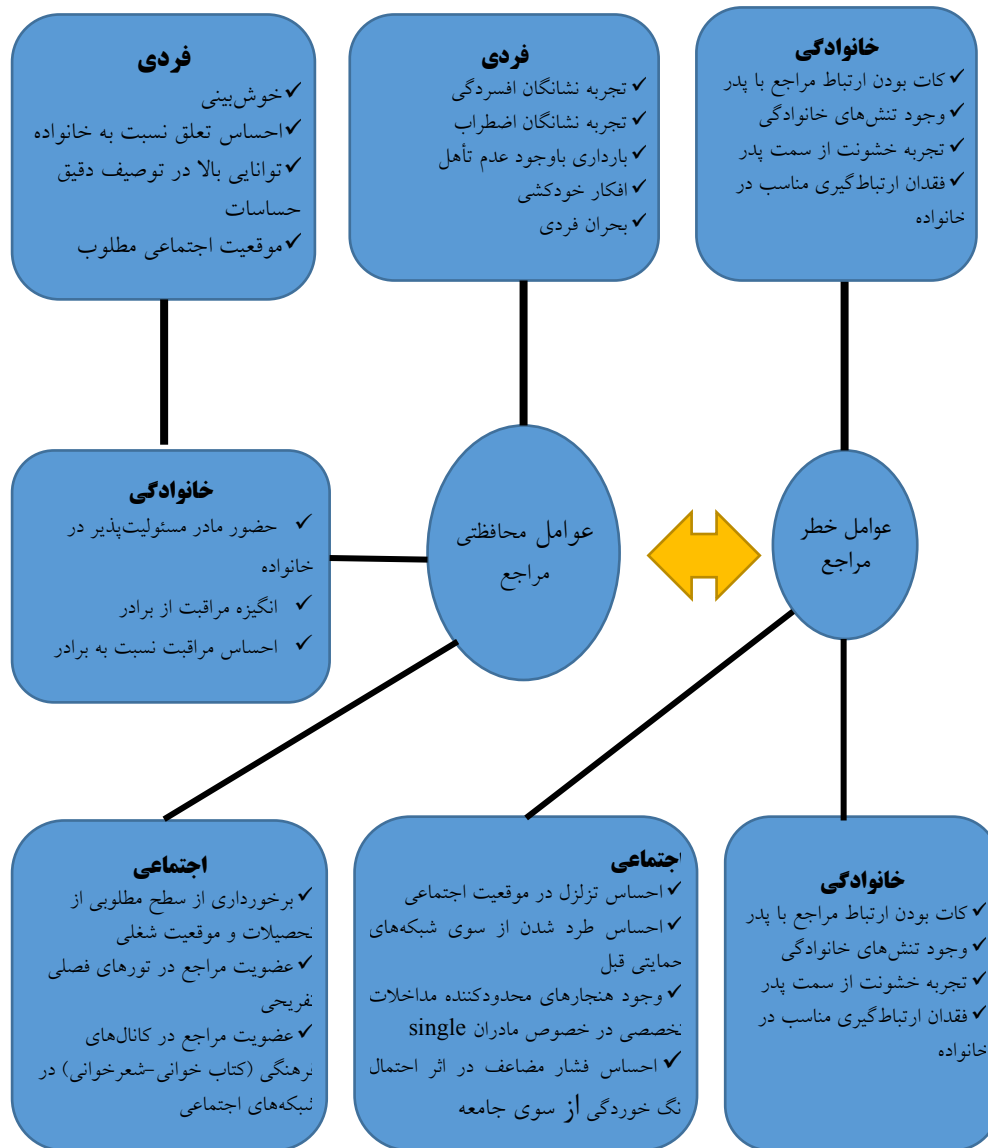
در دیدگاه کاپلان، یلدا در مرحله‌ای از برهم ریختگی روانی قرار دارد که نه تنها تنش ناشی از قطع رابطه، احساس خود ارزشمندی‌اش را تحت تأثیر قرار داده، بلکه راهبردهای مقابله‌ای وی از قبیل خشم بر خود و تقلیل خودکارآمدی نیز ناکام مانده‌اند، وضعیتی که در تئوری بحران تعریف شده به عنوان اختلال در مرحله سازگاری است. از سوی دیگر، با اتخاذ تکنیک‌های اساسی مصاحبه انگیزشی، مددکار اجتماعی تلاش کرده همبستگی بین آنچه یلدا اکنون است و آنچه می‌تواند باشد را به نحو همدلانه و غیر تحمیلی برجسته سازد، به گونه‌ای که مراجع به تدریج خود به استمداد از انگیزه درونی ترغیب شود؛

تکنیک‌هایی از قبیل گوش دادن انعکاسی، توسعه ناهمخوانی شناختی، و تقویت خودکارآمدی، همگی در راستای فراخواندن تغییر در این مرحله برنامه‌ریزی شدند.

از منظر مددکاری اجتماعی، دو فرضیه کلیدی طرح گردید؛ نخست، خشم خود انتقام‌جویانه یلدا بازتابی از آسیب‌های پنهان‌شده در تجربه رابطه‌ای نابودشده و غیاب عزت‌نفس بازسازی‌شده است؛ دوم، اضطراب برآمده از پیش‌بینی واکنش‌های شبکه دوستی در معرض تهدید که در فقدان آمادگی سایه افکننده و فشار روانی مضاعف ایجاد کرده است. در پاسخ به این تحلیل، مددکار اجتماعی با تطبیق اولین خط مداخله، تلاش کرده است تا در لحظات اولیه بحران با فراهم کردن یک میدان ذهنی ایمن، اضطراب را تعدیل و نخستین حس بازیابی کنترل را بازگرداند.

سپس مددکار اجتماعی با تلفیق مصاحبه انگیزشی، به تدریج فضای گفت‌وگو محور ایجاد می‌کند که یلدا خود، دلایل مبتنی بر تغییر مثبت را بروز دهد، مقاومت روانی وی را به‌عنوان کشش طبیعی در مسیر تحول تلقی می‌کند و با تأییدهای مؤثر، خودکارآمدی او را پرورش می‌دهد. نهایتاً، طراحی نقشه راه تغییر و پیگیری به‌عنوان مسیری بسترسازی برای تخصیص منابع حمایتی ملموس و ارتقای شخصیت فعال یلدا عمل می‌کند، چنان‌که تعادلی اساسی میان عوامل خطر (مانند آسیب رابطه عاطفی، اضطراب پیش‌بینی‌شده) و عوامل محافظتی (شبکه دوستی بالقوه، مهارت‌های مقابله‌ای، مسیر تغییر ساختاریافته) برقرار گردد و امکان عبور معنادار از بحران فراهم آید.

همچنین شاخص‌های مؤثر برای سنجش خطرات احتمالی در پیشگیری از خشونت خانگی از جانب پدر ارزیابی و هدف‌گذاری خواهند شد. در نهایت نتایج ارزیابی‌های انجام‌شده با هدف فهم متقابل و توافق در مورد آن با مراجع و مادر در میان گذاشته شد و مستندات آن ثبت شد. در نمودار (۲) ارتباط متقابل بین عوامل محافظتی و عوامل خطر مشخص شده است؛ این عوامل در سه سطح فردی، اجتماعی و خانوادگی موردبررسی قرار گرفته‌اند.

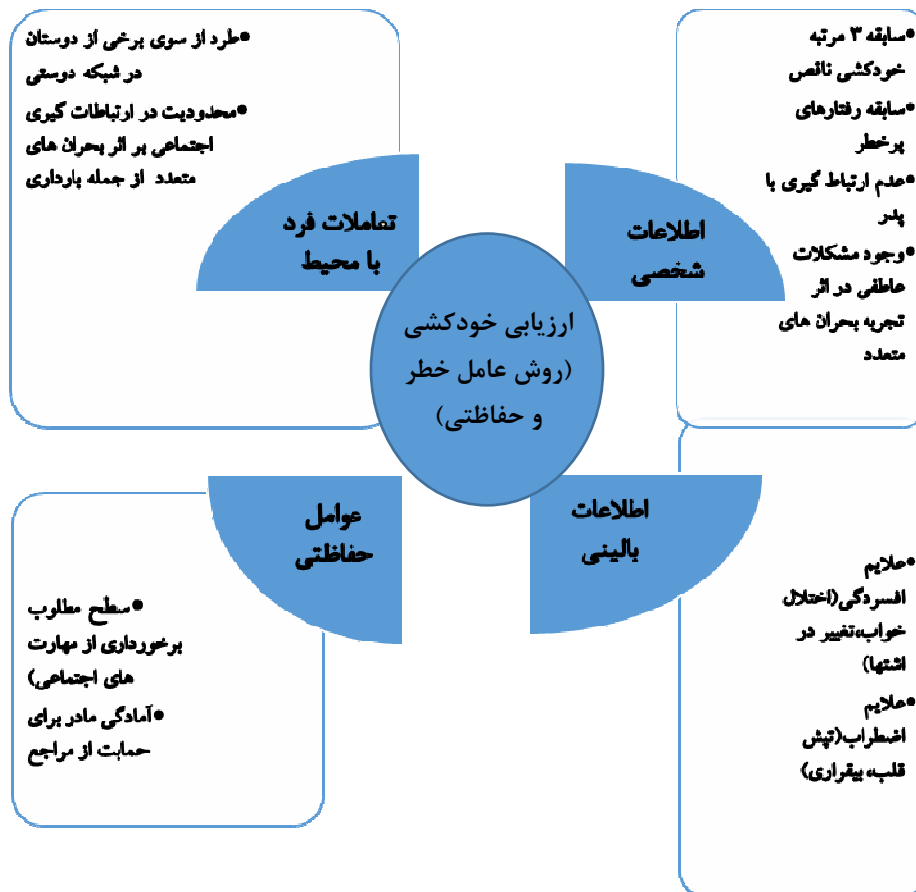


نمودار ۲- ارتباط متقابل عوامل محافظتی و عوامل خطر مراجع

ارزیابی‌ها در خصوص وضعیت مراجع طبق الگوی ارزیابی خودکشی، روش عامل خطر و حفاظتی، یکی از زیرشاخه‌های رویکرد مداخله در بحران، با تأکید بر خودکشی بررسی و تبیین شده‌اند. طبق این الگو اطلاعات فردی مراجع (کارکردهای عمومی-شناختی، عاطفی، رفتاری)، اطلاعات بالینی (نشانگان خاص بالینی) و تعاملات فرد با محیط (اهمیت همه انتقال‌های زندگی، وقوع فقدان‌ها، انزوای رشدی و قطع حمایت اجتماعی) برای ارزیابی و بررسی دقیق‌تر وضعیت به نمایش درمی‌آیند. (Hogberg & Hallstrom, 2008: 68) در تحلیل و تکمیل ارزیابی‌های مداخله در بحران با تأکید بر اقدام به خودکشی در مراجع، عوامل محوری شامل موارد زیر می‌شود؛

عوامل آغازکننده بحران، چگونگی کیفیت فعلی کارکردهای احساسی/شناختی و رفتاری، درگیری و یا عدم درگیری مراجع با افکار خودویرانگر، ارزیابی نیاز مراجع به مراقبت فوری روان‌پزشک یا روانشناس، مقایسه نسبی سطح فعلی کارکردهای مراجع نسبت به قبل از وقوع بحران، وجود و یا عدم وجود سابقه سوءمصرف / سانحه/بیماری و یا آسیب، توانمندی‌های مراجع، ثبات یا عدم ثبات حوزه‌های زندگی مراجع، راهکارهای واقع بینانه برای مدیریت بحران و همچنین نظام‌های رسمی/غیررسمی و بالقوه مراجع، موانع احتمالی (مالی، اجتماعی، شخصی) مراجع برای پیشرفت از دیگر مؤلفه‌ها هستند (Strasser, 1997: 98).

ضرورت دارد با توجه به اثرات متفاوت بحران‌ها در افراد به دلیل میزان‌های متفاوت تاب‌آوری، ویژگی‌های شخصیتی، شرایط خانوادگی، موقعیت اجتماعی و اقتصادی و ابعاد مختلف بحران‌ها، میزان تأثیر آن‌ها بر عناصر حمایتی-حفاظتی و جنبه‌های زندگی فردی و خانوادگی را مورد ارزیابی قرار داده و مداخلات خود را بر اساس مستندات موجود تدوین کنیم. الگوی فوق بر اساس الگوی بوم‌شناختی است. با هدف تسهیل مداخله هدفمند، با در نظر گرفتن عوامل محافظتی و عوامل خطر در مراجع و محیط او، لزوم ارزیابی شخص در محیط و وجود چندین بحران در زندگی فردی و خانوادگی مراجع، نمای کلی از موارد اشاره‌شده در نمودار زیر در نظر گرفته شد (نمودار ۳).



نمودار ۳- ارزیابی خودکشی (روش عامل خطر و حفاظتی)

شرح مداخله:

در این مطالعه تمرکز اصلی بر بازنمایی فرآیندهای مداخله، مستندسازی و ارزیابی روانی اجتماعی مبتنی بر بیمارستان است. پنج مرحله اصلی در این پژوهش طبقه بندی شده و در ذیل هر عنوان اصلی، چهار مفهوم دسته بندی شد. در مرحله اول، مداخله در بحران ذیل چهار مفهوم مطرح شد؛ مفصل بندی این مفهوم این گونه است که در ابتدا با رویکرد روانی اجتماعی ابعاد بحران ارزیابی شده و با زبان تخصصی توصیف شد. سپس با در نظر داشتن

گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار...، عادلان و سراج | ۱۲۱

ابعاد متفاوت بحران تجربه شده در مراجع و خانواده او، میزان تاب آوری افراد درگیر بحران در نسبت با توانمندی‌ها و ظرفیت‌های آن‌ها ارزیابی شد. به دلیل اهمیت موقعیت اجتماعی و شغلی برای مراجع از حیث بازگشت او به موقعیت اجتماعی پیشین او بعد از درمان بیماری و وضع حمل با تمرکز بر تقویت احساس خودکارآمدی برنامه‌ریزی صورت گرفت.

در مرحله دوم، مصاحبه انگیزشی به مثابه رویکرد توانمندسازی در تغییر رفتار با تمرکز بر کشف تضادهای شناختی مراجع در مسیر دستیابی به تغییر اجرا شد. در این برنامه اصل خود تصمیم‌گیری با تأکید بر همدلی با مراجع و درگیر کردن مراجع در تمامی فرآیندهای تغییر موردتوجه قرار گرفت. در مرحله سوم، تحت عنوان مداخله سیستمی و چند رشته‌ای در بافت بیمارستانی، پس از ارزیابی اجتماعی ساختار خانواده (شناسایی مرزها، مناسبات قدرت، مثلث‌بندی‌ها)، خلأهای ارتباطی بررسی شده، شناسایی شد و برای آن‌ها برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت و بلندمدت صورت گرفت و با هدف پوشش بخش مهمی از نیازهای خانواده و مراجع، از ظرفیت نهادهای حمایتی درونی و بیرونی استفاده شد. در مرحله بعد طرح پیگیری پس از ترخیص مبتنی بر عدم قطع ناگهانی حمایت‌های روانی اجتماعی و توانمندسازی خانواده صورت گرفت.

مرحله چهارم، ذیل مفهوم ارتقا تاب آوری و توانمندسازی روانی اجتماعی، طی جلسات آموزش محور با حضور متخصصین از جمله مددکار اجتماعی و روانشناس مرکز، مهارت‌های حل مسئله موردتوجه و برنامه‌ریزی قرار گرفت؛ به تناسب این آموزش‌ها، روش‌های مدیریت اضطراب و به دنبال آن افزایش همراهی با فرآیند درمان به مراجع و خانواده آموزش داده شد. در این بین، منابع حمایت غیررسمی در خانواده (اقوام) نیز در نظر گرفته شدند و برای بهره‌مندی از ظرفیت آن‌ها با هدف افزایش تاب آوری خانواده برنامه‌ریزی صورت گرفت.

در مرحله نهایی که مستندسازی، ارزشیابی و بازنگری حرفه‌ای مداخلات نام گرفت، علاوه بر ثبت فرآیندهای مداخله به شکل گام به گام و با ذکر جزئیات مهم، برای سنجش و

ارزشیابی میزان دستیابی به اهداف پیش‌بینی‌شده، برنامه‌ریزی صورت گرفت. افزون بر این، با هدف فهم روشن‌تر و شفافیت بیشتر فرآیندهای مداخله در ارتباط با مراجع و نقاط قوت و ضعف احتمالی، چارچوب جلسات قبل از تبدیل جزییات طرح مداخله به مراحل دسته‌بندی‌شده، بارها مرور و مورد بازبینی تخصصی قرار گرفت. در جدول شماره (۱) مختصراً به مراحل ذکرشده اشاره شد.

جدول ۱- مداخلات مددکار اجتماعی در کار با مراجع

ردیف	عنوان مداخله	محورهای مداخله
۱	مداخله در بحران	بازشناسی بحران و تبیین ابعاد چندوجهی آن - تعیین سطح بحران بر اساس شاخص‌های روانی، عاطفی، اجتماعی - معنا بخشی مجدد به نقش‌های زندگی مراجع/ تأکید بر بازسازی حس شایستگی و خودکارآمدی
۲	مصاحبه انگیزشی به‌مثابه رویکرد توانمندسازی در تغییر رفتار	کشف دوگانگی‌های درونی و تضاد شناختی مراجع - تسهیل فرآیند درونی سازی تغییر- تدوین برنامه تغییر مبتنی بر اصل خود تصمیم‌گیری - مشارکت فعال مراجع در طراحی اهداف واقع‌گرایانه و قابل‌سنجش
۳	مداخله سیستمی و چند رشته‌ای در بافت بیمارستانی	ارزیابی پویا از تعاملات خانواده، تیم درمان و مراجع- شناسایی خلأهای ارتباطی و بازسازی و تعامل میان بخشی- ارجاع هدفمند به نهادهای حمایتی- طراحی طرح پیگیری جهت جلوگیری از عود بحران یا بازگشت آن
۴	ارتقا تاب‌آوری و توانمندسازی روانی اجتماعی	آموزش مهارت‌های حل مسئله به مراجع و خانواده او -آموزش راهبردهای رفتاری جهت تنظیم هیجان، کنترل اضطراب - افزایش انطباق با درمان-شناسایی و فعال‌سازی منابع معنوی و فرهنگی حمایتگر- مشارکت فعال در درمان و بازگشت به نقش‌های اجتماعی
۵	مستندسازی، ارزشیابی و بازنگری حرفه‌ای مداخلات	ثبت نظام‌مند فرآیندهای مداخله-سنجش میزان تحقق اهداف رفتاری، هیجانی، اجتماعی- استخراج درس آموخته‌ها برای بهبود مدل‌های خدمات‌رسانی واحد مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها- مرور نقاط قوت و کاستی‌های فرآیند مداخله در چارچوب جلسات

به‌طور کلی و با در نظر گرفتن ترتیب زمانی نتایج زیر مورد انتظار است؛

- ۱) مداخله در بحران در بحث خودکشی مراجع و از بین بردن امکانات عملیاتی شدن آن با استفاده از تشکیل تیم درمان و درگیر کردن خانواده مراجع، سپری شدن ماه‌های آخر بارداری مادر در شرایط ایمنی کامل به لحاظ روانی و جسمی.
- ۲) تقویت مهارت‌های ارتباطی والدین با فرزندان از طریق مشارکت در جلسات آموزشی توسط مددکار اجتماعی.

نتیجه واقعی

۱. مراجع و مادر ایشان ابتدا با تردید به واحد مددکاری اجتماعی مراجعه و مسئله خود را عنوان نمودند. پس از بررسی ابعاد بحران‌های مختلف در جلسه مصاحبه، ارزیابی روانی اجتماعی و بررسی نتایج با مراجع مستندسازی اطلاعات در پرونده اجتماعی مراجع انجام شد. به دلیل شرایط کنونی به‌خصوص بحران و اهمیت محدودیت زمانی برای ارزیابی، مداخله و پیگیری مداخله در خصوص افکار خودکشی مراجع در اندک زمان ممکن صورت پذیرفت. والدین مراجع به جلسه تیم تخصصی دعوت‌شده و آموزش‌های مرتبط را در حوزه‌های برنامه‌ریزی‌شده دریافت نمودند.

این آموزش‌ها شامل نحوه تنظیم رفتار کنونی خود با فرزند، مراقبت‌های روتین از فرزند به دلیل شرایط بارداری، تصمیم‌گیری از بابت تنظیم شکایت از پدر نوزاد که اکنون متواری است، تشریح وضعیت کنونی فرزند خود از لحاظ جسمی/روانی/اجتماعی، آسیب‌ها و تهدیدات احتمالی توسط تیم درمان، تأثیرات ایفای نقش والدگری در کاهش آسیب‌های بحران فعلی در زندگی مراجع می‌شود. آموزش‌های مربوطه مشخصاً بر اساس دستورالعمل اجرایی برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشت)، ابلاغیه سال ۱۴۰۰ ارائه شد.

در این دستورالعمل، فرآیند شناسایی، مراقبت و مدیریت اجتماعی بالینی افراد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، فرآیند اجرایی نمودن استانداردهای خدمات تخصصی به افراد

در معرض خطر و یا اقدام کننده به خودکشی و همچنین تقویت فرآیندهای شناسایی، ارزیابی خطر، مدیریت اولیه و ارجاع افراد در معرض خطر خودکشی در گروه‌های هدف تحت پوشش با تأکید بر پیشگیری دیده شده است.

۲. یلدا پس از دریافت بسته خدمات تخصصی مداخله در بحران توسط مددکار اجتماعی بیمارستان، تصمیم به اندیشیدن به راه‌های جایگزین اقدام به خودکشی و حل مسئله در خصوص بحران (بارداری) گرفت؛ ازجمله این راه‌ها به ادامه تحصیل در رشته مورد علاقه‌اش، گذراندن اوقات بیشتر با اعضای خانواده، ایجاد سبک زندگی با رویکردی سالم‌تر و آگاهانه‌تر از گذشته اشاره کرد. یلدا طی مداخله پذیرفت بخشی از مسئولیت‌ها را شخصاً بر عهده بگیرد و فعالانه در جهت عملی شدن آن‌ها اقدام نماید.

بخشی از این مسئولیت‌ها شامل شرکت فعال در جلسات روان‌درمانی با حضور روانشناس و مددکار اجتماعی با هدف کنترل علائم افسردگی و اضطراب و بخش دیگر مربوط به مراجعه (طبق برنامه‌ریزی انجام شده) به پزشک زنان و زایمان بیمارستان جهت رصد علائم بارداری و پیشگیری از صدمات احتمالی و بخش دیگر مربوط به مشارکت فعال در جلسات مشاوره خانواده با حضور والدین و مددکار اجتماعی و در آخر از سر گرفتن درمان بیماری HPV پس از زایمان است.

۳. معنویت بخش مهم دیگری از این آموزش است. پیش از وقوع بارداری، اقدامات پی‌درپی برای از بین بردن خود و روابط جنسی متعدد، یلدا از حمایت‌های معنوی و به‌طور کلی معنویت در برخی موقعیت‌های زندگی بهره می‌برد؛ اکنون به دلیل اهمیت این عنصر، کمک به معناسازی در شرایط بحرانی، تغییر اولویت‌ها و اهداف زندگی افراد و تسهیل معنویت در تجهیز افراد به منابع حمایتی قدرتمند تأکید بر این بخش نیز به‌عنوان بخشی از منابع حمایتی کمک کننده انجام شد.

۴. همچنین مقرر شد یلدا تا زمان زایمان به همه جوانب نگهداری یا عدم نگهداری از نوزاد خود بیندیشد. البته در خصوص استانداردهای شرایط مادران ویژه برای حضانت از

گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار...، عادلان و سراج | ۱۲۵

فرزند خود که از سوی اورژانس اجتماعی مورد تأکید قرار گرفته است، با یلدا و خانواده‌اش به‌طور اختصاصی طی جلسه‌ای صحبت شده و آگاه‌سازی صورت گرفت.

۵. در نهایت تصمیم قطعی یلدا وضع حمل و سپردن نوزاد خود به سازمان بهزیستی بوده و تا زمان وضع حمل دو جلسه در هفته با مددکار اجتماعی و روانپزشک بیمارستان قرار مشاوره خواهد داشت. پذیرش موقعیت کنونی مراجع با لنز واقع‌بینی و مواجهه با افراد مهم زندگی و همچنین از سر گرفتن فعالیت‌های اجتماعی از قبیل آغاز مراجعه به محل کار و رویارویی با همکاران و شبکه دوستی نقش مهمی در پایداری درمان دارد.

۶. در نتیجه مصاحبه‌ها و گفتگوهای انجام‌شده با مراجع و بررسی دقیق وضعیت واقعی کنونی، قرار بر این شد تا مراجع پس از بهبودی کامل رزومه شغلی خود را از طریق سایت‌های معتبر موجود ارسال نموده و شغل جدیدی را برحسب توانمندی‌ها و علاقه‌مندی‌هایش انتخاب نماید؛ این تصمیم انتخاب مراجع برای دوری از محیط اضطراب‌زای محل کار بوده و مددکار اجتماعی با تکنیک موازنه تصمیم‌گیری نقاط قوت و ضعف تصمیم مراجع را بررسی نموده با او به اشتراک گذاشت.

۷. خانواده مراجع به مدت ۶ ماه پس از ترخیص مراجع، در جلسات کار با خانواده با تسهیل‌گری مددکار اجتماعی در بیمارستان مهدیه حضور به عمل آورده و خدماتی را از قبیل خدمات مددکاری اجتماعی دریافت کردند. در این جلسات با تکیه بر توانمندسازی خانواده پس از مواجهه با بحران و توجه به ظرفیت‌های خانواده، مهارت‌های حل مسئله و تکنیک‌های ارتباط مؤثر آموزش داده شد. اختصاصاً در جدول زیر (شماره ۲) اهداف اسمارت در خصوص مراجع فعلی و خانواده ترسیم شده است.

جدول ۲- جدول اهداف SMART برای مدیریت بحران در خانواده با هدف توانمندسازی

خانواده

ردیف	هدف	نوع مداخله	تخصص‌های مداخله‌گر	زمان شروع	تعداد جلسات	بازه زمانی ارزیابی	شاخص‌های سنجش
۱	کاهش افکار خودکشی به صفر	مداخله در بحران/ارجاع فوری/پیگیری	مددکار اجتماعی/ روانشناس/ روانپزشک	روز اول مراجعه	حداقل سه جلسه در هفته	هفتگی	کاهش نمره در مقیاس افکار خودکشی
۲	تسهیل در خاتمه بارداری (وضع حمل)	حمایت روانی اجتماعی/ هماهنگی با پزشکی قانونی	مددکار اجتماعی/ پزشک زنان/ روانشناس	هفته اول	۲ مرتبه در هفته تا پایان فرایند پزشکی	پایان ماه اول	تکمیل روند پزشکی قانونی / کاهش اضطراب مراجع
۳	درمان ویروس اچ پی وی پس از زایمان	مصاحبه انگیزشی / ارجاع	مددکار اجتماعی/ متخصص زنان/ پزشک عفونی	هفته اول پس از زایمان	۱ جلسه در هفته	ماهانه تا سه ماه	پذیرش درمان توسط بیمار/ پیگیری درمان دارویی
۴	افزایش کیفیت رابطه با والدین	مشاوره خانواده / جلسات ترکیبی	مددکار اجتماعی	هفته دوم	۱ جلسه در هفته	۲ ماهه	نمره در ابزارهای سنجش ارتباط والدین و فرزندان
۵	افزایش مهارت‌های خود مراقبتی در روابط	آموزش / بازی نقش / شرکت در کارگاه‌های تخصصی مرتبط	مددکار اجتماعی	هفته سوم	۱ جلسه در هفته	ماهانه تا سه ماه	آموزش مهارت‌های خود مراقبتی /خودارزیابی مراجع

گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار...، عادلان و سراج | ۱۲۷

۶	مشارکت خانواده در فرایند مداخله	جلسات خانوادگی در واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان	مددکار اجتماعی	هفته اول	۱ جلسه در هفته با خانواده	هر دو هفته یکبار	میزان حضور/ پذیرش نقش / گزارش کیفی مددکار اجتماعی
۷	افزایش مهارت حل مسئله و تاب‌آوری مراجع	مشاوره فردی (تا زمان وضع حمل)	با حضور مددکار اجتماعی	از هفته اول	۶ جلسه	۱ ماهه	نمره ارزیابی مراجع در پرسشنامه‌های حل مسئله هپنر و تاب‌آوری کایر و دیویدسون
۸	افزایش مهارت حل مسئله و ارتباط مؤثر در خانواده	خانواده‌درمانی	مددکار اجتماعی و روانشناس	از هفته دوم	۴ جلسه	۳ ماهه	نمره ارزیابی خانواده در پرسشنامه حل مسئله پترسون و ارتباط مؤثر کوپین دام

ارزشیابی مداخلات

با توجه به برنامه‌ریزی مداخلات در خصوص این مراجع پیش‌بینی پیشبرد هدف اول که در واقع پیشگیری از اقدام مجدد برای خودکشی در نظر گرفته شده بود، با توجه به زمان‌بندی برای این هدف در کوتاه‌ترین زمان (ظرف کمتر از یک روز کاری) با قید فوریت جلسه مداخله در بحران پس از هماهنگی مددکار اجتماعی با روانپزشک و روان‌شناس مستقر در بیمارستان و پزشک قانونی در بیمارستان تشکیل شد. طبق صورت جلسه ثبت شده، مددکار اجتماعی پس از پایان جلسه طی تماس تلفنی با اورژانس اجتماعی گزارش وضعیت مراجع را در سامانه ثبت نمود.

طبق پیگیری‌های بعدی بازدید در منزل از طرف کارشناسان ۱۲۳ در همان تاریخ انجام شد. در این فاز هدف عینی کاهش افکار و تمایلات خودکشی و هدف ذهنی احساس امنیت و امید بیشتر در مراجع قلمداد شد. طبق برنامه‌ریزی‌های صورت گرفته و طی جلسات مشاوره با مراجع، پس از وضع حمل نوزاد خود، درمان بیماری را آغاز نمود. همچنین او و خانواده در جلسات آموزشی حضور به عمل آوردند. از آنجاکه ارزیابی اثربخشی و کارآیی مداخله مددکاری اجتماعی برای مدیران اجرایی، موسسه‌ها و متخصصان بسیار مهم است، در جدول زیر (جدول شماره ۳) به ارزشیابی مداخلات مددکاری اجتماعی در ارتباط با مراجع این مطالعه می‌پردازیم.

جدول ۳- ارزشیابی مداخلات

اهداف ارزشیابی	روش‌های ارزشیابی	نتیجه ارزشیابی
کاهش افکار خودکشی به صفر	کاهش نمره در مقیاس افکار خودکشی	در ارزیابی مداخله پس از بحران، افکار خودکشی فعال، قصد و برنامه عملی گزارش نشد و نیاز به بستری اورژانسی منتفی شد.
تسهیل خاتمه بارداری (وضع حمل)	تکمیل روند پزشکی قانونی / کاهش میزان اضطراب مراجع	مراجع پس از تولد فرزندش جهت تشکیل پرونده پزشکی قانونی اقدام نمود؛ طی این فرآیند نتایج و آثار مداخلات آرام‌سازی و حمایت‌های روانی اجتماعی مددکار اجتماعی مشهود بود.
درمان ویروس HPV پس از زایمان	میزان پذیرش بیماری توسط بیمار / پیگیری درمان دارویی	جلسات مصاحبه انگیزشی صورت گرفت و درمان HPV در بازه زمانی کمتر از ۱۲ روز پس از زایمان آغاز شد.
افزایش کیفیت رابطه با والدین	نمره در ابزارهای سنجش ارتباط والدین و فرزندان	بهبود محسوس کیفیت ارتباط با مراجع و کاهش به‌خصوص تنش‌ها

گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار...، عادلان و سراج | ۱۲۹

افزایش مهارت‌های خود مراقبتی در روابط	خودارزیابی مراجع و بازی نقش	افزایش مهارت‌های ارتباطی، خود مراقبتی و تصمیم‌گیری منطقی در مراجع ارزیابی شد.
مشارکت خانواده در فرایند مداخله	میزان حضور/ پذیرش نقش و گزارش کیفی مددکاری اجتماعی	خانواده در تمامی جلسات تنظیم‌شده مشارکت فعالانه داشته و در جریان مداخله همکاری بالایی داشتند.
افزایش مهارت حل مسئله و تاب‌آوری مراجع و همچنین افزایش کیفیت ارتباط مؤثر در خانواده	نمره ارزیابی مراجع در پرسشنامه‌های حل مسئله پترسون و ارتباط مؤثر کوین دام	نتایج پس‌آزمون در این بخش نشان داد نمرات مراجع و خانواده در پرسشنامه‌های حل مسئله، تاب‌آوری و ارتباط مؤثر نسبت به پیش‌آزمون افزایش معنادار داشته که بیانگر ارتقا مهارت حل مسئله و تاب‌آوری مراجع و بهبود کیفیت ارتباط مؤثر در خانواده است.

بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور کلی فعالیت حرفه‌ای به‌عنوان مددکار اجتماعی در محیط بیمارستانی، تخصص، تجربه و مهارت‌های ویژه‌ای را می‌طلبد. در این حوزه مددکاران اجتماعی ابتدای فعالیت حرفه‌ای خود، فشار زیادی را متحمل می‌شوند و این پیچیدگی به دلایل متعددی وجود دارد. وجود کیس‌های دشوار، حجم بالای مراجعان، مشخصه‌های روانی اجتماعی منحصربه‌فرد در بیماران ویژه (مبتلا به سرطان، دیابت، ...)، وجود قوانین محدودکننده و تقلیل دهنده اختیارات مددکار اجتماعی، خلأها و موانع قانونی در سطح کلان و توانمندی‌های موردنیاز برای ایفای نقش تخصصی در تیم درمان از جمله موارد است.

مددکار اجتماعی یک بیمارستان برای این که در چارچوب قواعد سیستم، تخصص خود، خاص بودگی‌های مراجعان مختلف و محدودیت زمانی بتواند اثربخش باشد، از عناصر پشتیبان از جمله نظریات مختلف و تجربه مددکاران اجتماعی حرفه‌ای بهره می‌برد و

همچنین از تقویت شبکه ارتباطاتی خود با نهادهای حمایتی رسمی، پرسنل بیمارستان و شبکه حمایت‌های غیررسمی مراجعان غافل نمی‌شوند. یافته‌های حاضر با شواهد میدانی حوزه مددکاری اجتماعی به‌ویژه در محیط‌های بیمارستانی و بحران هم‌راستا هستند. در انواع پژوهش‌های نظام‌مند نقش مددکاران اجتماعی در خدمات پیش‌رونده اضطراری در حوادث و برنامه‌های اورژانسی نشان می‌دهند که آن‌ها علاوه بر انجام وظایف ارجاع و میانجیگری، به‌عنوان کلیدی‌ترین افراد در فعال‌سازی شبکه‌های حمایت اجتماعی، تسهیل برون‌ریزی هیجانی و ارائه ارزیابی روانی اجتماعی اولیه عمل می‌کنند.

همچنین، مددکاران اجتماعی از طریق مصاحبه تلفنی با مراجعان، مفاهیم تخلیه هیجانی، حمایت اطلاعاتی و ارجاع به خدمات دیگر را به‌صورت سازمان‌یافته به کار می‌برند که منجر به بهبود اولیه در سطح عملکرد روانی شد. (Cleary, 2020: 87) علاوه بر آن، تجربه‌های جهانی از سازمان‌هایی در کانادا نشان می‌دهد که خدمات بحران مبتنی بر جامعه، با برقراری تماس تلفنی، نظارت و پیگیری فعال، مراجعان را از تعامل صرفاً پزشکی بی‌نیاز می‌کنند و با حفظ عزت‌نفس و خودمختاری فرد، تعاملات بین سازمانی و استفاده از شبکه اجتماعی را تسهیل می‌نمایند.

در نهایت، مطالعاتی که نقش مددکاری اجتماعی را در سلامت رفتاری در مراکز درمان اولیه (مراکز بهداشت) را بررسی کرده، تأکید دارند که حضور مستمر مددکاران اجتماعی در مدل‌های تلفیقی درمانی باعث دسترسی سریع و کارآمدتر به حمایت اجتماعی، مداخلات شناختی رفتاری هدفمند و کاهش فشار روانی در دوره بحرانی بیمار می‌شود. (Semple, 2020: 45) نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی، تخلیه هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای تطبیقی در بستر بیمارستان و بخش اورژانس تنها مفاهیم نظری نیستند، بلکه هم در مطالعات تجربی و تحلیلی رفتار حرفه‌ای مددکاران اجتماعی گزارش شده‌اند و هم در اسناد سیاست‌گذاری و گزارش‌های موردی بالینی به‌عنوان رویه‌هایی که به‌صورت نظام‌مند توسط مددکاران اجتماعی اجرا و مستندسازی می‌شوند توصیف شده‌اند.

گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار...، عادلان و سراج | ۱۳۱

برای مثال، پژوهش‌های تجربی بر نقش مؤثر تخلیه هیجانی و دیگر اجزای مقابله هیجانی در میان مددکاران اجتماعی (به‌ویژه در دوره‌های بحران مانند پاندمی) دلالت دارند و اسناد حرفه‌ای-سازمانی مربوط به خدمات مددکاری در اورژانس، دخالت‌های حمایتی، مشاوره‌ای و هماهنگی مراقبت (ازجمله اقدامات برای تقویت حمایت اجتماعی و مهارت‌های مقابله‌ای مددجویان) را به‌عنوان بخش‌های ساختاری فرایند مددکاری اجتماعی در محیط‌های بیمارستانی تشریح می‌کنند. در نتیجه، شواهد نشان می‌دهند این مداخلات فراتر از رویکرد نظری‌اند و در مطالعات موردی و راهنماهای بالینی به‌صورت نظام‌مند پیاده‌سازی و گزارش می‌گردند. (American College of Emergency Physicians,) (2019; Ben-Ezra, & Hamama-Raz, 2021)

این مداخله با پژوهشی که ویلیام میلر و همکارانش در خصوص مصاحبه انگیزشی انجام داده‌اند همسو است؛ آن‌ها نشان دادند به‌کارگیری همکاری به‌جای مواجهه و استفاده از گوش دادن همدلانه و تأکید گزینشی بر بحث تغییر می‌تواند برایان دسته از مراجعین که مشکلات خود را جدی نمی‌گیرند برای موضوع تغییر کمک کند (Miller & Rollinck, 2002:54). همچنین یافته‌های پژوهش با مطالعات لیداریپوپورت^۱ در خصوص اهمیت استفاده از رویکردهای مختلف بالینی ازجمله نظریه یادگیری، مصاحبه انگیزشی و سایر رویکردها برای مداخله در بحران و تأکید بر اهمیت ارزیابی سریع و آمادگی متخصص برای دسترسی به قربانی همسو است. (Rapoport, 1965: 98)

در این مطالعه همان‌طور که پیش‌تر مفصل به آن به اشاره شد تأکید بر اقدام سریع و مداخله فشرده در کوتاه‌ترین زمان بود، در این فرآیند همان‌طور که در یافته‌های پژوهش نومی گولان به آن اشاره شده است، تأکید بر این بود که به دلیل این که در دوره‌های بسیار دشوار بحران، افراد آمادگی زیادی برای پذیرش کمک دارند، مداخلات کوتاه‌مدت و فشرده با موفقیت بیشتری همراه هستند. (Golan, 1978: 91) چندین نکته در کار با

1. Rapoport

مراجعه‌کنندگان در فضای محیط‌های بهداشت و درمان اهمیت دارد و چه‌بسا به چشم‌انداز ما به‌عنوان یک مددکار اجتماعی عمق و وسعت می‌بخشد؛

۱) در بخشی فضاهای درمانی رابطه پزشک با بیمار از بالا به پایین بوده و ماهیتی تهاجمی دارد. تأثیر قدرت پزشک بر روند درمان بیماران از زمان دریافت نوبت پزشک، انتظار برای حضور پزشک در درمانگاه، تشخیص بیماری، تعیین نوع درمان و ... عامل بسیار تأثیرگذاری است که نقش مددکاران اجتماعی در هر مرحله و درک بیمار در چارچوب واقعی در ارتباط با محیط پزشک‌سالاری در نظام سلامت و در ارتباط مستقیم با یکی از نقش‌ها و اهداف ذاتی مددکاری اجتماعی که همانا مدافعه‌گری و ایجاد تغییر به نفع عدالت اجتماعی می‌باشد قابل تأمل است.

۲) شاید در این حوزه بیش از سایر حوزه‌ها اهمیت مجهز بودن به مهارت‌های ارتباطی و تقویت آن‌ها در راستای کمک به دیگران، توانمندی در حوزه کار تیمی، مدیریت اثربخش جلسات تیم تخصصی، دستاوردهای بهتر در مذاکره، اعتمادسازی در میان اعضای تیم درمان، تعامل سازنده با پرسنل واحدهای دیگر در بیمارستان باهدف کمک‌رسانی به مراجعان در کوتاه‌ترین زمان ممکن و با بیشترین کیفیت احساس می‌شود.

۳) طیف گسترده‌ای از بیماران با مسائل چندوجهی به واحد مددکاری اجتماعی بیمارستان مراجعه می‌کنند. مددکار اجتماعی که مسئول رسیدگی به پرونده یک بیمار در تاریخ مشخص و در بازه زمانی محدود است، هیچ‌گاه مقرر نیست تا برای تمامی بحران‌ها، مسائل، مشکلات و نیازهای مراجع و خانواده او از آمادگی کامل برخوردار باشد؛ به عبارتی فضای بیمارستان بستری را برای پاسخ به اولویت دارترین نیازها و اورژانسی‌ترین درخواست‌ها فراهم می‌کند، در همین فضا مددکاران اجتماعی روزانه تعدادی از بیماران را که معمولاً درگیر مشکلاتی علاوه بر بیماری هستند، ویزیت می‌کنند و برای آن‌ها پرونده تشکیل می‌دهند.

چارچوب مداخلات در این مطالعه بر اساس پروتکل جامع مددکاری اجتماعی انجام شده است. نتایج این مطالعه به‌صورت نظام‌مند مؤید آن است که یافته‌ها با پروتکل‌ها

گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار...، عادلان و سراج | ۱۳۳

و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حوزه مددکاری اجتماعی بیمارستانی هم‌خوانی دارد. این پروتکل‌ها بر نقش محوری مددکار اجتماعی در ارزیابی روانی اجتماعی، مداخله در بحران، حمایت هیجانی، فعال‌سازی شبکه‌های رسمی و غیررسمی حمایت اجتماعی، هماهنگی مراقبت و پیگیری پس از ترخیص تمرکز دارند؛ مؤلفه‌هایی که در یافته‌های پژوهش حاضر نیز به‌عنوان کارکردهای اصلی مددکاری اجتماعی در محیط‌های درمانی شناسایی شده‌اند.

از منظر نظری، این الزامات اجرایی با اصول نظریه مداخله در بحران و رویکرد مصاحبه انگیزشی هم‌راستا بوده و نشان می‌دهد که مداخلات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌ها نه تنها مبتنی بر شواهد تجربی، بلکه منطبق بر چارچوب‌های سیاستی و استانداردهای حرفه‌ای نظام سلامت کشور است. همچنین یافته‌های این مطالعه می‌تواند دست‌مایه‌ای برای متخصصین حرفه‌های یاورانه به‌ویژه مددکاران اجتماعی فعال در مراکز بهداشتی و درمانی باشد؛ همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، پژوهش‌هایی با محوریت گزارش موردی و توسعه حرفه در این حوزه در رشته مددکاری اجتماعی به دلایلی مغفول مانده و یا به میزان موردقبول به آن پرداخته نشده است؛ لذا پژوهش حاضر جنبه آموزشی نیز برای دانشجویان این حرفه خواهد داشت.

محدودیت‌های پژوهش

این گزارش موردی بر اساس یک مراجع خاص و منحصر به فرد در محیط بیمارستانی شکل گرفته است؛ بنابراین نمی‌توان نتایج آن را به سایر بیماران تعمیم داد. ارتباط‌های عاطفی و فرهنگی ویژه آن مراجع نیز احتمالاً در موقعیت‌های متفاوت تکرار نخواهند شد؛ مصاحبه‌های گسترده با بیمار، خانواده، تیم درمانی، مشاهده موقعیت‌های بحران و تحلیل مدارک پزشکی، پروژه‌ای طولانی است و انجام آن مستلزم صرف زمان، انرژی بسیار و کار تیمی است. از مصاحبه و مشاهده تا مطالعه پرونده‌های بالینی و گزارش‌های تیم درمان می‌تواند باعث افزایش

پیچیدگی تحلیل، دشواری در سازمان‌دهی محتوا و تمایز مداخلات شود. مطالعات موردی کیفی توان ایجاد روابط علت و معلولی را ندارند یا بسیار محدود هستند، چرا که تنها یک نمونه با تنوع عوامل زمینه‌ای بررسی می‌شود؛ بنابراین فرضیه علیت مستدل نیست. پیچیدگی کیس ویژه، ویژگی‌های زمینه‌ای خاص و شرایط بیمارستانی محدود، مطالعات مشابه را دشوار کرده و امکان تکرار دقیق روش را کاهش می‌دهد. به علاوه، تأیید علمی از طریق تکرار دقیق غیرممکن است.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مرکز توسعه تحقیقات بیمارستان مهدیه به پاس حمایت‌های معنوی و پشتیبانی ارزشمند در انجام این پژوهش، صمیمانه قدردانی می‌نمایم.

تعارض منافع

تعارض منافع ندارم.

Orcid

Hamideh Adelian Rasi



<http://orcid.org/0000-0002-8220-2989>

Negar Seraj



<http://orcid.org/0000-0003-4239-8080>

منابع

- خانلری، زهرا و معارف‌وند، معصومه و مسلمی، فهیمه. (۱۳۹۸)، *مداخلات مبتنی بر شوهد در مددکاری اجتماعی*، جلد اول، تهران: نشر رسانه تخصصی (اسپند هنر)، چاپ اول.
- ساروخانی، باقر. (۱۳۷۳)، *روش‌های تحقیق در علوم اجتماعی*، نشر علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، چاپ اول.
- صادقی هاردنگی، سمیرا. (۱۴۰۲)، "بررسی مداخلات مددکاری اجتماعی در برنامه‌ریزی ترخیص بیمارستانی مطالعه‌ای کیفی"، *فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، سال بیست و یکم، شماره ۳: ۳۷۷-۳۹۴.
- صالحی، عباس. (۱۳۹۹)، *اقتدار پزشکی؛ از خشونت تا دگرگرفی*، جلد اول، تهران: انتشارات آگاه. چاپ اول.
- محبوبه، توکلی. (۱۴۰۱)، "مداخلات مددکاری اجتماعی در کار با یک کودک مواجه با اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی گزارش مورد"، *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، سال یازدهم، شماره ۲: ۵-۱۲.
- معارف‌وند، معصومه؛ ذبیحی پور سعادت، مریم؛ درخشان، لیلی؛ علیخانی، رزا؛ عبدی، کیانوش. (۱۴۰۱)، "طراحی و تدوین پروتکل مداخلات مددکاری اجتماعی روانپزشکی با رویکرد بوم‌شناختی و مدیریت مورد"، *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، سال یازدهم، شماره ۲: ۴۱-۵۵.

- Abri, Sareh. (2014). "Medical Social Workers in Iran: Professionals or Employees?" *Iranian Journal of Social Work*, 3(2), 112-128.
- American College of Emergency Physicians. (2019). Social work and case management in the emergency department: Policy resource and education paper. American College of Emergency Physicians.
- Ben-Ezra, M, & Hamama-Raz. Y. "(2021). Social workers during COVID-19: Do coping strategies differentially mediate the relationship between job demand and psychological distress?." *British Journal of Social Work*, 51(5), 1551-1567. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa210>.
- Brown, C. (2017). *Social work practice in healthcare: Advanced approaches and professional accountability*. New York, NY: United

States.<https://www.routledge.com/Social-Work-Practice-in-Healthcare/Brown/p/book/9781138659185>.

- Cleary, Jessica, & Dominelli, Lena. (2020). *Social work and disasters: A systematic literature review*. England: Association for social work.
- Dennis, F, & Lockhart, L. (2003). *Domestic violence: Intersectionality and culturally competent practice*. New York: Columbia University Press.
- Gehlert, Sarah & Browne, Teri. (2019). *Handbook of Health Social Work*. Toronto: Library of Congress Cataloging.
- Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situations*. Free Press, New York, NY, United States: Library of Psychotherapy Congress.
- Healy, Karen. (2014). *Social work theories in context: Creating frameworks for practice*. London: Bloomsbury Publishing.
- Högberg, Goran, & Hällström, Tore. (2008). "Active multimodal psychotherapy in children and adolescents with suicidality: Description, evaluation and clinical profile". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3),48-435.
- Maclean, Susan. (2016)." Case-Based Learning and its Application in Medical and Health-Care Fields: A Review of Worldwide Literature". *Journal of Medical education and curricular development logo*,110(2/3),99-145.
- Martino, W, & Berrill, D. (2002). *Gendered perspectives on educational administration and leadership: A case study-based analysis*. New York: Guilford.
- Miller,A,& Glinski,j. (2000)."Youth suicidal behavior:Assesment and entervention". *Journal of clinical psychology*,56(9),1132-1152.
- Miller,R, &Anderson,S. (2004)."Is Bowen theory valid? A review of basic research". *Journal of Marital and family therapy*,30(4),453-466.
- Miller,William & Rollnick, Stephen. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York, NY: Guilford.
- Ponto, J, & Berg, W. (1992). "Social work services in the emergency department: Acost-benefit analysis of an extended coverage program". *Journal of Health & Social Work*, 17(1),66-73.
- Qiang, Wei. (2024). "Care and control in mental health social work: A case study ".*Academic Journal of Management and Social Sciences*, 7(3),45-49.
- Rapoport, Lydia. (1965). "The state of crisis: Some theoretical considerations". *University of Chicago Press*, 36 (2), 211-217.
- Redfern, Heleen., Burton Judith., Lonne Bob,& Seiffert, Helen. (2015). *Social Work and Complex Care Systems: The Case of People Hospitalised with a Disability*, Australia:Routledge.

- Semple, Tori., Tomlin, Matt., Bennell, Crag., & Jenkins, Bryce. (2020). "An Evaluation of a Community-Based Mobile Crisis Intervention Team in a Small Canadian Police Service". *Journal of Community Mental Health*, 57(3), 567-578.
- Strasser, Freddie. (1997). *Existential Time-Limited Therapy: The Wheel of Existence*. Chichester, UK: Wiley.
- Sun, Shenghuan., Zack, Travis., Williams, Christopher. Y. K., Butte, Atul. J., & Sushil, Madhumita. (2024). "Topic modeling on clinical social work notes for exploring social determinants of health factors." *Oxford Journal University*, 7(1), 1-10.
- Yin, Robert. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. London, NY: Guilford publications.

استناد به این مقاله: عادلان راسی، حمیده و سراج، نگار. (۱۴۰۴). گزارش موردی از مداخلات مددکاری اجتماعی در کار با یک کیس دشوار بیمارستانی، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۲ (۴۶)، ۹۳-۱۳۷.



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