

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

**دستورالعمل اجرایی مراکز حمایت و بازپروری
دختران و زنان آسیب دیده اجتماعی**

زمان شروع: سال ۱۳۷۸

بازنگری: بهار ۱۳۸۶

فهرست مطالب

مقدمه
ضرورت اجرا
جایگاه موضوع در قوانین
اهداف
گروه هدف
تعاریف مفاهیم
نیروی انسانی
امکانات و تجهیزات مورد نیاز

اقدامات اجرایی

پذیرش
خدمات تخصصی
ترخیص
پیگیری پس از ترخیص،
مستند سازی
نظارت وارزشیابی
اعتبارات

شرح وظایف

شرح وظایف مسئول مرکز
شرح وظایف مسئول پذیرش
مددکار اجتماعی
شرح وظایف روانشناس
شرح وظایف روانپزشک
شرح وظایف پزشک
شرح وظایف پرستار
شرح وظایف مربی

فرم ها

دستورالعمل تکمیل فرم ها
فرم شماره (۱) روانشناسی

فرم شماره (۲) روانشناسی (فرار از منزل)
فرم شماره (۳) روانشناسی (معاینه وضعیت روانی)
فرم شماره (۴) روانشناسی (ارزیابی روانشناختی و طرح درمان)
فرم شماره (۵) روانشناسی (اقدامات و مداخلات)
فرم شماره (۶) روانشناسی (مصاحبه با خانواده)
فرم شماره (۱) مددکاری اجتماعی (گزارش کامل فردی)
فرم شماره (۲) مددکاری اجتماعی (اقدامات و پیگیری)
فرم شماره (۳) مددکاری اجتماعی (گزارش بازدید از منزل)
فرم صورتجلسه تیم تخصصی
فرم گزارش مربی
فرم کمک های مالی
فرم گزارش کار گروهی
فرم اقدامات پزشکی و روانپزشکی
فرم اقدامات پرستاری
فرم صورتجلسه ترخیص
فرم شماره (۴) مددکاری اجتماعی (پیگیری پس از ترخیص)

پیوست

دستورالعمل اجرایی اجتماع درمان مدار (TC)

مقدمه :

در همه جوامع ، مسئله آسیب و فحشا به طرق مختلف وجود داشته است جامعه مانیز سالها ی متمادی با مشکل فحشا و روسپیگری روبرو بوده است بعد از پیروزی انقلاب اسلامی و فروپاشی مراکز فحشا متاسفانه با شکل‌های متفاوت در کشور ادامه ورشد پیدا کرد . رشد آمارها نشانگر شیوع این آسیب اجتماعی در سنین پایین می باشد که زنگ خطری جدی برای جامعه محسوب شده و در نتیجه مسئولین را ملزم به ارائه راهکارهای مناسب جهت مقابله با این آسیب اجتماعی نموده است. در این رابطه مسئولیت حمایت و بازپروری دختران و زنان آسیب دیده اجتماعی و دختران و زنان در معرض آسیب اجتماعی به منظور اصلاح ، بازتوانی و بازگشت به زندگی سالم اجتماعی آنان به سازمان بهزیستی کشور واگذار گردید که سازمان با عنایت به کمبود اعتبار ، نیروی متخصص ، عدم تجهیزات و نداشتن ساختمان مناسب و مطابق استاندارد جهت بازپروری نهایت سعی و تلاش را در این امر بکار گرفته است لیکن وجود ۴ مرکز در استانهای تهران (۳ مرکز) و خراسان (۱ مرکز) جوابگوی نیاز سایر بهزیستی استانها نبوده و از طرفی در پایان سال ۷۷ با تعطیلی یکی از مراکز بازپروری در تهران ، ۳ مرکز در استان تهران و یک مرکز در استان خراسان مشغول به فعالیت بودند که مددجویان مشمول مراکز بازپروری سایر بهزیستی استانهای کشور به این مراکز اعزام می شدند که این امر مشکلات و مسائلی را از جمله عدم تکافوی ۴ مرکز برای تحت پوشش قراردادن مددجویان کل کشور ، تجمع مددجویان سراسر کشور باتوجه به بافتهای فرهنگی متفاوت در مراکز دو استان ، دوری مددجویان از شهرشان و عدم ارتباط لازم با خانواده های آنان ، موانع ترخیص و پیگیریهای پس از ترخیص آنان و..... بوجود آورده بود. با عنایت به مطالب فوق و اینکه امارهای رسمی و غیر رسمی حاکی از افزایش این پدیده ناهنجار اجتماعی (فحشا) می باشد . لذا در سال ۷۸ برای رفع مسائل و مشکلات موجود در این رابطه و همچنین درخواست بهزیستی استانهای کشور مبنی بر ایجاد مراکز بازپروری و همچنین باتوجه به وجود ساختمانها و مراکز لازم که امکان تغییر کاربری آن وجود داشت " طرح حمایت بازپروری و دختران و زنان آسیب دیده اجتماعی " بمنظور ایجاد دوره اندازی مراکز بازپروری در در بهزیستی استانهای اصفهان ، تهران (۲ مرکز)، خراسان (۲ مرکز)، خوزستان ، زنجان، فارس، کرمان، گلستان، لرستان، هرمزگان، همدان با ظرفیت ۳۰ نفر در هر مرکز که استانهای مجری مددجویان استانهای همجوار را نیز که فاقد مراکز بازپروری بوده نیز تحت پوشش قرار دهند به مرحله اجرا گذاشته شده است وینابر پیش بینی اهداف کمی طرح مذکور، در هر سال از آن زمان تاکنون به تعداد این مراکز در استانهای مختلف اضافه گردیده است.

مروری بر تحقیقات و پژوهشهای انجام شده در مراکز بازپروری زنان آسیب دیده اجتماعی سازمان بهزیستی کشور نتایج ذیل را نشان می دهد: در پژوهش "صدیق سروستانی (۷۲-۱۳۶۷) " که در خصوص ویژگیها و وضعیت زنان و دختران آسیب دیده اجتماعی در مراکز بازپروری سازمان بهزیستی صورت گرفت ، ۱۸۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۹٪ آنان را عرب ها ، ۳۰٪

بازداشتهای منکراتی، ۲۵٪ معتادین و ۳۷٪ مربوط به محله جمشید بودند. به ترتیب ۴۷/۳٪ (۳۹-۱۹ سال)، ۲۵/۳٪ (۱۸-۱۳ سال)، ۱۸/۷٪ (۵۹-۴۰ سال) و ۸/۷٪

(۶۰ سال و بیشتر) داشتند. تحصیلات ۵۶٪ بیسواد و دارای سواد خواندن و نوشتن و ۴۳/۵٪ کمتر از دیپلم بوده است. ۷۵/۷٪ از افراد مطلقه، ۱۴/۳٪ همسر فوت شده و ۱۰٪ بلاتکلیف بودند

۵۲/۷٪ این افراد مواد مخدر مصرف کرده بودند. ۴۳/۴٪ اقدام به خودکشی کرده که ۶۴/۵٪ بیشتر از ۲ بار اقدام به خودکشی نموده اند. از این تعداد ۴۰/۵٪ در سن ۲۰-۱۵ سالگی و ۲۲/۵٪ زیر سن ۱۵ سال و ۳۷٪ بالای سن ۲۰ سال اقدام به خودکشی کرده اند. علت ۴۵/۶٪ خودکشی ها مسایل مربوط به منکرات بوده، ۴۱/۷٪ مربوط به مشکلات خانوادگی و اجتماعی و ۱۲/۷٪ به دلیل مسایل عشقی اقدام به خودکشی کرده اند.

۵۹/۹٪ این افراد از منزل پدر یا شوهر خود فرار کرده بودند که علت فرار آنها ۵۴/۱٪ مربوط به مشکلات و اختلافات خانوادگی (از جمله تجاوز پدر یا نزدیکان به آنها) بوده است، ۴۰٪ مسایل منکراتی (حاملگی از طریق روابط جنسی نامشروع و...) و ۵/۹٪ به علت اعتیاد بوده است.

پدران این افراد دارای تحصیلات ۶۹/۹٪ بیسواد یا کم سواد، ۲۸/۳٪ کمتر از دیپلم و ۱۱/۸٪ دیپلم بوده اند. ۵۷/۸٪ کارگر، ۳۵/۵٪ کارمند و ۶/۷٪ بیکار بوده اند. ۶۳/۹٪ سابقه بیکاری داشته اند. ۵۳٪ بیش از یکبار ازدواج کرده اند. مادران این افراد دارای تحصیلات ۹۳/۶٪ بیسواد و کم سواد، ۵/۸٪ کمتر از دیپلم و ۰/۶٪ دیپلم بوده اند. ۳۵/۷٪ بیش از یکبار ازدواج کرده اند، ۴۷/۴٪ سابقه طلاق، ۱۵/۲٪ سابقه اعتیاد و ۶/۴٪ سابقه زندان داشته اند

طی تحقیق صورت گرفته بر روی ۱۴۷ نفر از زنان روسپی ساکن مراکز بازپروری سازمان بهزیستی (علیایی زند، تاریخ ۱۳۶۹) سن آغاز روسپی گری در بیش از ۶۰٪ زنان مورد مطالعه در سنین نوجوانی بوده است. ۶۲٪ روسپیان با پدر و مادر خود زندگی می کردند و در مقایسه با زنان عادی که ۹۲٪ با والدین خود زندگی می کردند رقم قابل توجهی بود. ۲۲/۷٪ زنان روسپی با پدر یا مادر خود و یا یکی از خویشاوندان خود زندگی می کردند و ۲٪ نیز با مسوولین بهزیستی و در مراکز بهزیستی زندگی می کردند. از جمله علت هایی که بیشترین تاثیر را در عدم حضور این زنان در کنار والدین داشته است، مرگ و میر و طلاق والدین بوده است. در تحقیقی دیگر که در مراکز بازپروری سازمان بهزیستی با عنوان "بررسی وضعیت اجتماعی، روانی و زیستی زنان آسیب دیده اجتماعی" (موسوی، ۱۳۷۸) بر روی ۱۱۵ نفر از زنان در مراکز بهزیستی کل کشور انجام شده است نشان می دهد که:

۵۰٪ این افراد (۱۹-۱۵) سال، ۲۴٪ (۲۴-۲۰) سال، ۶٪ (۱۴-۱۰) سال، ۷٪ (۲۹-۲۵) سال و بقیه از ۳۰ سال به بالا هستند. این افراد دارای تحصیلات ۹/۴٪ بیسواد، ۴/۳۰٪ نهضت، ۳۵/۳٪ ابتدایی، ۴۴/۸٪ متوسطه، ۵/۲٪ دیپلم و دانشجو بودند.

۵۱/۵٪ دارای بعد خانوار هفت نفر به بالا، ۱۲/۶٪ شش نفر، ۱۵/۵٪ پنج نفر بودند. ۷۷٪ افراد مجرد و ۱۲٪ متاهل، ۹/۱٪ همسر فوت شده و ۹/۱٪ مطلقه بوده اند. ۹۵٪ این افراد بیکار بودند.

۵۱٪ تحت سرپرستی سازمانهای حمایتی قرار داشتند که میزان مستمری ۸۲٪ آنان زیر ۱۰ هزار تومان در ماه بوده است .
محل سکونت ۴۸٪ آنها شهر (بومی) و ۳٪ روستایی (بومی) ، ۴٪ شهری (غیر بومی) و ۳٪ روستایی (غیر بومی) بوده است .

ضرورت اجرا:

در پایان سال ۷۷ با تعطیلی یکی از مراکز بازپروری در تهران ۳ مرکز در استان تهران و یک مرکز در استان خراسان مشغول به فعالیت بود که مددجویان مشمول مراکز بازپروری سایر بهزیستی استانهای کشور به این مراکز اعزام می شدند که این امر مشکلات ومسائلی را از جمله عدم تکافوی ۴ مرکز برای تحت پوشش قراردادن مددجویان کل کشور ، تجمع مددجویان سراسر کشور باتوجه به بافتهای فرهنگی متفاوت در مراکز دو استان ، دوری مددجویان از شهرشان و عدم ارتباط لازم با خانواده های آنان ،موانع ترخیص و پیگیریهای پس از ترخیص آنان و..... بوجود آورده بود. با عنایت به مطالب فوق واینکه امارهای رسمی و غیر رسمی حاکی از افزایش این پدیده ناهنجار اجتماعی (فحشا) می باشد وهمچنین در راستای تحقق اهداف ماده ۹۷ قانون برنامه چهارم توسعه کشور و آئین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی که طی تصویب نامه هیئت وزیران به شماره ۲۰۸۶۷ / ت ۳۲۳۴۲ ه فعالیت و توسعه این مراکز در بهزیستی استان های کشور ضروری می باشد.

جایگاه موضوع در قوانین:

- ❖ ماده واحده لایحه قانونی راجع به تشکیل سازمان بهزیستی کشور مصوب مورخ ۱۳۵۹/۳/۲۴ شورای انقلاب بالحاق اصلاحیه ۲۴ مرداد ماه ۱۳۵۹ و اصلاحات و الحاقات بعمل آمده جلسه ۱۳۷۵/۱۱/۱۹ مجلس شورای اسلامی در خصوص تجدید تربیت منحرفین اجتماعی (آسیب دیدگان اجتماعی)
- ❖ آئین نامه اجرایی مصوب هیئت محترم وزیران به شماره ۶۰۶۱۵/ت/۸۵ / ه مورخ ۷۱/۳/۳ در رابطه با دختران و زنان در معرض آسیب اجتماعی حاد و زنان آسیب دیده اجتماعی مسئولیت بازپروری به منظور اصلاح ، بازتوانی و بازگشت به زندگی سالم اجتماعی آنان به سازمان بهزیستی کشور واگذار گردید
- ❖ ماده ۹۷ قانون برنامه چهارم توسعه کشور
- ❖ آئین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی مصوب هیئت وزیران به شماره ۲۰۸۶۷ / ت ۳۲۳۴۳ ه مورخ ۸۴/۴/۸

اهداف:

- الف) ایجاد امکانات و تسهیلات لازم به منظور بازپروری و بازتوانی روانی، اجتماعی زنان و دختران در معرض آسیب اجتماعی حاد و آسیب دیده اجتماعی.
- ب) سهولت دسترسی به خانواده های مراجعان جهت اخذ اطلاعات بیشتر و بررسی های مقدماتی به منظور ترخیص به شیوه های (بازگشت به خانواده، ازدواج، اشتغال و...)
- ج) جلوگیری از گسترش مجدد آسیب های اجتماعی و بدآموزی مراجعان در یک مکان.
- د) سهولت پیگیری فعالیتهای پیگیری پس از ترخیص و مسائلی مانند اشتغال، ازدواج و...

گروه هدف:

- ۱- دختران و زنان آسیب دیده اجتماعی
- ۲- دختران و زنان در معرض آسیب اجتماعی

تعریف مفاهیم:

۱- مراکز حمایت و بازپروری دختران و زنان در معرض آسیب اجتماعی حاد و دختران و زنان آسیب دیده اجتماعی (ویژه) که در این دستورالعمل به اختصار مرکز نامیده می شوند به مراکزی اطلاق می شود که طبق وظایف قانونی محوله دختران و زنان در معرض آسیب اجتماعی حاد و زنان آسیب دیده اجتماعی (ویژه) را نگهداری و یا بصورت غیر شبانه روزی تحت پوشش داشته و از طریق ارائه خدمات تخصصی نظیر مددکاری اجتماعی، روان شناسی، بهداشتی زمینه های توانمند سازی و بازگشت آنان به زندگی سالم را از طریق پیوند مجدد با خانواده، آموزش و ایجاد اشتغال و کسب درآمد مشروع، ازدواج و تشکیل خانواده فراهم آورده و در تامین حداقل نیازهای اقتصادی و حل و فصل مسائل و مشکلات یاری می نماید.

۲- دختران و زنان در معرض آسیب اجتماعی حاد و دختران و زنان آسیب دیده اجتماعی (ویژه) که در این دستورالعمل به اختصار مراجع نامیده می شوند به زنان و دخترانی اطلاق می گردد که شامل یکی از گروههای ذیل باشند:

الف- دختران و زنان در معرض آسیب اجتماعی حاد:

به دختران و زنانی طلاق می شود که به دلایلی چون متشنج بودن خانواده اغفال و ... از کانون خانواده فرار نموده و یا در اثر اختلاف و سوء تفاهم از خانواده اخراج گردیده اند، فاقد سرپرست یا سرپرستی موثر بوده و آمادگی و درایت اجتماعی و روانی لازم و یا توان کافی اقتصادی برای زندگی مستقل را نداشته و احتمال آسیب پذیری برقراری روابط نامشروع وجود دارد.

ب- دختران و زنان آسیب دیده اجتماعی (ویژه):

به دختران و زنانی اطلاق می گردد که از طریق ایجاد روابط نامشروع کسب درآمد و گذران معیشت می نمایند و یا به ارزشهای اخلاقی و اجتماعی پایبند نبوده و علیرغم مبادرت به روابط

جنسی نامشروع از این عمل انگیزه کسب درآمد را ندارند. این گونه افراد پس از تحمل مجازات قانونی به دلیل فقدان مکان زندگی وعدم پذیرش اجتماعی توسط مراجع قضایی به مراکز بازپروری معرفی می گردند و یا اینکه بصورت خود معرف برای بهره گیری از خدمات حمایتی وبازپروری مراجعه می نمایند.

۳- پذیرش : به سلسله اقداماتی که شامل ثبت مدارک مورد نیاز،تشکیل پرونده و تعیین محل نگهداری مراجع می باشد ، اطلاق می گردد.

۴- قرنطینه : قرنطینه محلی است که برای نگهداری موقت مراجع در مرکز پیش بینی شده است که در صورت نیاز، مراجع بطور مجزا نگهداری می شود.

۵- ترخیص: عبارت است از اتمام اقدامات بازپروری در مرکز و بازگشت مراجع به زندگی سالم اجتماعی.

۶- پیگیری: به سلسله اقداماتی که به منظور پیوند مجدد مراجع با جامعه و حل مسائل و استمرار خدمات مراقبتی به منظور عدم بازگشت مراجع به مسائل پیشین و یا استمرار حمایتهای مادی و معنوی برای عدم ابتلا به آسیب دیدگی اجتماعی (ویژه) صورت می گیرد پیگیری می گویند.

۷- گروه تخصصی بازپروری:این گروه با ترکیب مسئول مرکز، مددکار اجتماعی ، روان شناس ، روان پزشک و پزشک تشکیل می گردد که در این آیین نامه به اختصار تیم تخصصی اطلاق می گردد.

۸=کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی شهرستان: کمیته ای است مرکب از رئیس شهرستان، کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی شهرستان، مسئول مرکز ذیربط، مددکار اجتماعی مرکز ذیربط که در بهزیستی هر شهرستان تشکیل می گرددودراین دستورالعمل باختصار کمیته شهرستانی نامیده می شود.

۹-کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی استان: کمیته ای است مرکب از معاون اموراجتماعی ، کارشناس مسئول امور آسیب دیدگان اجتماعی ، مسئول مرکز ذیربط، مددکار اجتماعی مرکز ذیربط ورئیس شهرستان ذیربط که در ستاد بهزیستی هر استان تشکیل می گرددودراین دستورالعمل باختصار کمیته استان نامیده می شود.

۱۰- توانمند سازی: فرآیندی است که طی آن مجموعه اقدامات و خدماتی با هدف تحقق زندگی عادی با حداقل وابستگی به منابع حمایتی، ارتقاء تواناییها و مهارتهای آموزشی، اجتماعی و حرفه آموزی به خدمت گیرندگان و خانواده های آنان ارائه می شود.

۱۱- مرکز مداخله در بحران (فردی، خانوادگی و اجتماعی) "اورژانس اجتماعی: به مراکز اطلاق می شود که باهدف ارائه خدمات تخصصی و فوری لازم به افراد در معرض آسیب اجتماعی یا آسیب دیده اجتماعی بمنظور جلوگیری از انحراف یا انحراف مجدد آنان فعالیت می نماید که به اختصار در این دستورالعمل مرکز مداخله در بحران نامیده می شود.

۱۲- اجتماع درمان مدار (TC): یک مدل بازتوانی روانی اجتماعی است که متشکل از کارکنان و مقیمان مرکز است و در آن بر نقش محوری افراد آن اجتماع در بهبودی شان تأکید زیادی می شود. در کشورهای مختلف جهان این مدل بازتوانی برای افراد دچار معضلات مختلفی اجراء می شود از جمله اعتیاد، اختلال شخصیت مرزی و ... اما در این دستورالعمل، منظور از آن، اجتماع درمان مدار ویژه زنان و دختران آسیب دیده و در معرض آسیب های اجتماعی است.

پرسنل مورد نیاز مرکز :

- | | |
|-----------------|---|
| یک نفر | ۱ - رئیس مرکز |
| یک نفر | ۲ - معاون یا مدیر داخلی |
| چهار نفر | ۳ - مددکار اجتماعی |
| سه نفر | ۴ - کارشناس روانشناسی بالینی |
| سه نفر | ۵ - پرستار |
| یک نفر | ۶ - متصدی امور دفتری و بایگانی |
| یک نفر | ۷ - آشپز |
| شش نفر | ۸ - مربی |
| سه نفر | ۹ - نگهبان |
| سه نفر | ۱۰ - را ننده |
| یک نفر | ۱۱ - خدمتگزار |
| یک نفر پاره وقت | ۱۲ - پزشک عمومی |
| یک نفر پاره وقت | ۱۳ - روانپزشک |
| یک نفر پاره وقت | ۱۴ - مسئول تربیت بدنی |
| یک نفر پاره وقت | ۱۵ - مربی آموزشی (حرفه ای - آموزشی ، هنری) |

تجهيزات مورد نیاز مرکز:

- | | |
|-----------------------------|---|
| ۱- تلفن یک خط | ۱۶- تشک |
| ۲- کامپیوتر | ۱۷- پتو |
| ۳- میز و صندلی اداری | ۱۸- بالش |
| ۴- ماشین لباسشویی | ۱۹- ملحفه |
| ۵- فایل و کمد بایگانی | ۲۰- موکت |
| ۶- تلویزیون (یک دستگاه) | ۲۱- لوازم ورزشی |
| ۷- ویدئو (یک دستگاه) | ۲۲- وسائل و لوازم مورد نیاز در کارگاههای حرفه آموزی |
| ۸- یخچال | ۲۳- لوازم و ابزار مورد نیاز کارگاههای هنری |
| ۹- فریزر ایستگاه | ۲۴- وسائل و ابزار مورد نیاز کارگاههای آموزشی و احتساب |
| ۱۰- تاسیسات برودتی و حرارتی | شهریه |
| ۱۱- رادیو ضبط | ۲۵- دارو و کمکهای اولیه |
| ۱۲- اجاق گاز | ۲۶- وسائل مورد نیاز درمانگاه |
| ۱۳- دستگاه اطفاء حریق | ۲۷- میز و صندلی غذا خوری و رومیزی |
| ۱۴- تخت | ۲۸- ظروف غذاخوری |
| ۱۵- کمد اختصاصی | ۲۹- ابزار و وسائل تاسیسات |

اقدامات اجرایی

۱- پذیرش

الف- نحوه پذیرش: پذیرش مراجعین به ۳ صورت انجام می شود.

۱- معرفی از طریق مراجع قضایی و نیروی انتظامی

۲- معرفی از سوی مراکز مداخله در بحران

۳- خود معرف

توجه ۱- مراجعینی که مستقیماً بصورت خود معرف یا از طریق مراجع قضایی و نیروی انتظامی به مرکز مراجعه می کنند بایستی بلافاصله به مرکز مداخله در بحران اعزام و یا راهنمایی گردند.

توجه ۲- مراجعینی که مستقیماً بصورت خود معرف در اوقات شب و نیمه شب به مرکز مراجعه می کنند. موقتاً در قرنطینه مرکز نگهداری شده و در اولین وقت اداری به مرکز مداخله در بحران اعزام یا راهنمایی می گردند.

توجه ۳- ارجاع مراجعین از سایر استانها بایستی با هماهنگی فیمابین کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی و مرکز مداخله در بحران استان مبدا با کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی و مرکز مداخله در بحران استان مقصد صورت پذیرد.

ب- شرایط و مدارک مورد نیاز پذیرش:

۱- داشتن معرفی نامه از سوی مرکز مداخله در بحران به همراه اصل پرونده کامل مراجع

توجه - داشتن معرفی نامه رسمی ممه‌ور به مهر و امضا مقام قضایی و پزشک قانونی مبنی

بر وضعیت هایمن، بارداری و وضعیت روان مراجع در پرونده الزامی است

۲- داشتن حداقل ۱۵ سال سن

توجه: در خصوص مراجعینی که کمتر از ۱۵ سال داشته و مشمول مراکز بازپروری می باشند

کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی استان بایستی تصمیم گیری نماید.

۳- نداشتن بیماری شدید روانی و معلولیت ذهنی شدید که نیاز به مراقبت ویژه دارند.

۴- نداشتن اعتیاد به مواد مخدر، داروها و ...

۵- جزئیات، مشخصات کامل اشیاء لوازم، لباسهای شخصی مراجعین و اسناد آنها از قبیل پول، چک، اسناد بانکی، دفترچه پس انداز بانکی، دفترچه بیمه گواهینامه رانندگی، کارت شناسایی و غیره با تعیین ارزش اسناد بهادار باید به هنگام ورود آنان به مرکز در حضور مراجع، سرپرست مرکز و مسئول پذیرش و مددکار اجتماعی مرکز در سه برگ صورتجلسه شده و در فرمهای مربوطه ثبت گردد یک نسخه از آنها به مراجعین تحویل، نسخه ثانی به مسئول پذیرش و نسخه سوم در پرونده مراجع یگانی می شود.

توجه ۱: نسخه هابایستی بدون دست خوردگی و لاک خوردگی باشد.

توجه ۲: آن قسمت از اثاثیه و اشیاء همراه مراجعین که به تشخیص افراد مذکور مغایر با شئون اخلاقی می باشد با قید در صورتجلسه فوق الذکر بهینه سازی و یا معدوم می گردد. ۶- وسایلی که پس از ورود و پذیرش مراجعین به مرکز به وی تحویل می گردد عبارت است از وسایل بهداشتی شامل (صابون، شامپو، خمیر دندان، مسواک، شانه و غیره) پوشاک شامل (البسه کامل، دمپایی، حوله) وسایل خواب شامل (پتو، بالش، ملحفه) می باشد.

۲- خدمات تخصصی مرکز:

۱- مراجعین بر حسب شرایط فردی، سن، تحصیلات، اخلاقی، خانوادگی و اجتماعی، ویژگیهای شخصیتی، رفتاری و روانشناختی حتی المقدور در خوابگاه های منفک گروه بندی می شوند. توجه: در صورتیکه در طول مدت نگهداری نیاز به جداسازی خوابگاه مراجع بطور موقت بعلل بیماری و بهداشتی وجود دارد، استفاده از قرنطینه بلامانع می باشد.

۲- مراجعینی که هنگام پذیرش فرزند به همراه دارند، بایستی تسهیلات، فضای جداگانه و مناسب برای اقامت کودک در مرکز فراهم گردد.

توجه: در صورت تشخیص تیم تخصصی مبنی بر عدم مصلحت نگهداری فرزند در کنار مادر یا نبودن تسهیلات و فضای لازم برای اقامت کودک در کنار مادر در مرکز، کودک بایستی در شیرخوارگاه یا مراکز شبانه روزی مورد پذیرش قرار گرفته و تسهیلات لازم بمنظور ارتباط مادر با فرزند فراهم گردد.

۳- از ابتدای شروع فعالیت می بایست کوشش در زمینه ارتباط با خانواده مراجع انجام گیرد.

۴- در طول اقامت مراجع می بایست همواره پیگیریهای لازم جهت فراهم آوردن زمینه های ترخیص وی صورت پذیرد.

۵- مدت زمان نگهداری و مراجع در مجموع هشت ماه می باشد که در مرحله اول باتوجه به شرایط فردی و خانوادگی وی توسط تیم تخصصی حداکثر شش ماه تعیین و احتساب آن از تاریخ ورود مراجع به مرکز می باشد. مدت حضور مراجع در مرحله دوم باتشخیص اعضاء تیم تخصصی حداکثر تا ۲ ماه قابل تمدید است.

توجه: چنانچه طی مدت مشخص شده در ماده فوق ترخیص مراجع امکان پذیر نباشد موضوع با ارائه مدارک به کمیته شهرستان منعکس و پیشنهاد تمدید نگهداری مراجع را درخواست نموده و سپس پس از تایید و همچنین کسب تایید کمیته استان مراجعین مجددا حمایت و بازپروری خواهد شد.

۶- بمنظور حمایت و بازپروری مراجعین و درجهت نیل به خودکفایی و همچنین رفع مشکلات مادی و معنوی آنان درطول مدت نگهداری در مرکز بایستی برنامه ها و فعالیتهای توانمند سازی با توجه به شرایط سنی، نیاز و ویژگیهای مراجعین و با نظر تیم تخصصی به شرح ذیل به مرحله اجرا در آید:

الف - برنامه های آموزشی برای مراجعین اعم از آموزشهای تکمیلی ، تحصیلی ، مهارتهای زندگی و هنری ، بهداشتی، پیشگیرانه ، اعتقادی و مذهبی.

ب - برگزاری دوره های حرفه آموزی در مرکز برای مراجعین و ویا معرفی واجدین شرایط به مراکز آموزش فنی و حرفه ای در خارج از مرکز

توجه : مراجعینی که به عللی قادر به استفاده از آموزشهای فنی و حرفه ای نباشند بایستی باتوجه به تواناییها در امور ساده تر از آنان استفاده شود.

ج-برای گذراندن اوقات فراغت مراجعین برنامه های ذیل به اجرا در آمد:

۱-نمایش فیلمهای آموزنده از طریق ویدئو

۲- تشکیل کلاسهای هنری (تاتر، موسیقی ، مجاز ، نقاشی و ...) مسافرتهای تفریحی ، زیارتی و سیاحتی

۳- برنامه های ورزشی زیر نظر مربیان و تربیت انجام مسابقات ورزشی، هنری و عقیدتی درمراکز

۴- احداث کتابخانه و حضور گروهی بمنظور مطالعه و شرکت در جلسات بحث و گفتگو

توجه: همچنین برنامه ها و فعالیتهای مرکز می تواند مطابق با دستورالعمل اجرایی اجتماع درمان مدار (TC)

(پیوست این دستورالعمل می باشد) به مرحله اجرا درآید.

۷- برای انجام امور تخصصی در هر مرکز واحد هایی به شرح ذیل تشکیل می گردد: ۱ -

واحد مددکاری اجتماعی ۲ - واحد روانشناسی ۳ - واحد بهداشتی و درمانی ۴ - واحد مراقبتی ۵

- تیم تخصصی شامل (مسئول مرکز ، مددکار اجتماعی ، روان شناس ، روان پزشک و پزشک)

۸- واحد مددکاری اجتماعی متشکل از مددکاران اجتماعی مرکز می باشد که فعالیتهای این واحد

بایستی برپایه مددکاری فردی، گروهی و جامعه ای صورت پذیرد و برحسب شرایط روانی ،

خانوادگی و اجتماعی مراجع برنامه ریزی و اقدامات لازم بمنظور توانمند سازی مراجع با همکاری

وهمانگی سایر واحدهای مرکز و اعضای تیم تخصصی توسط این واحد صورت پذیرد.

۹- واحد روانشناسی متشکل از روانشنا سان مرکز می باشد که کلیه امور مربوط به ارزیابی

روانشناختی خدمت گیرندگان را در طول بازپروری و پیگیری و انجام برنامه های بهداشت روانی

در مرکز را بعهدده دارد و فعالیتهای این واحد با عملکرد سایر واحدهای مرکز و تیم تخصصی مرتبط می باشد.

۱۰- واحد بهداشتی و درمانی مرکز متشکل از روانپزشک ، پزشک و پرستار می باشد و کلیه امور مربوط به مسائل بهداشتی و درمانی خدمت گیرندگان را به عهده دارد و فعالیتهای این واحد با فعالیتهای سایر واحدهای مرکز و تیم تخصصی ارتباط دارد. توجه: حضور یک پرستار در مرکز بصورت شیفتی در شبانه روز الزامی است.

۱۱- واحد مراقبتی متشکل از مربیان مرکز می باشد . این واحد بایستی در ساعات اداری و غیر اداری و بویژه در ساعات خاموشی بر نحوه اجرای برنامه تنظیمی ، صرف اوقات استراحت ، تردهای مجاز و سایر امور محتمل الوقوع نظارت هوشیارانه داشته باشند و با کمک سایر واحدهای مرکز و اعضای تیم تخصصی از بروز مشکلات جلوگیری نموده و یا مشکلات واقع شده را رفع نمایند و موارد خاص را به سرپرست مرکز گزارش نمایند.

توجه ۱: گزارشهای مربیان تربیتی پس از رویت سرپرست مرکز بر حسب مورد به اطلاع سایر واحد های مرکز رسانده خواهد شد.

توجه ۲: فعالیت این واحد شیفتی و می بایست در سه نوبت متوالی انجام وظیفه نماید .

۱۲- ارائه خدمات حقوقی مورد نیاز به مراجعین با استفاده از واحد حقوقی مرکز مداخله در بحران صورت می پذیرد.

۱۳- تیم تخصصی به سرپرستی مسئول مرکز و متشکل از مددکار اجتماعی روان شناس ، روانپزشک و پزشک و مشاور حقوق بر حسب نیاز می باشد تصمیمات گروه با رای اکثریت اعضا اتخاذ و لازم الاجرا می باشد و وظیفه این گروه شامل شناخت و رسیدگی به مسائل و مشکلات مراجعین است . بنابراین کلیه برنامه ها و اقدامات فوری برای مراجعین از بدو ورود به مرکز تا زمان ترخیص و نحوه پیگیری پس از ترخیص تحت نظارت و با تایید این گروه قرار می گیرد. در طول مدت بازپرسی گروه مزبور با بررسی مسائل و مشکلات مراجعین در هفته یکبار تشکیل جلسه خواهد داد در صورت لزوم مراجعین نیز برای شرکت در جلسه دعوت خواهد شد.

توجه ۱: تیم تخصصی در هفته یکبار بطور عادی تشکیل جلسه داده، و مصوبات جلسه بصورت صورتجلسه مکتوب و کلیه نظرات و کارهای انجام شده توسط تیم تخصصی بایستی در پرونده مربوط به مراجع منعکس شود.

توجه ۲: مسئولیت نظارت و حسن انجام فعالیتها و عملکرد مرکز مطابق با دستورالعملها، بخشنامه ها و شرح وظایف ، شرکت در جلسات درون و برون سازمانی و ایجاد ارتباط با نهادها و سازمانهای ذیربط و ایجاد همکاری و هماهنگی تیم تخصصی از وظایف اصلی مسئول مرکز می باشد .

۳- ترخیص

۱- ترخیص مراجع پس از اتمام مدت بازپروری به طرق ذیل صورت می گیرد:

الف- پیوند یا بازگشت مجدد با خانواده و تحویل به خانواده یا اقوام نزدیک

ب- ایجاد اشتغال ، کاریابی و تشکیل زندگی مستقل

ج- ازدواج و تشکیل خانواده

د- اعزام به سایر موسسات و مراکز درمانی، مراقبتی و حمایتی یا بهزیستی سایر استانها

۲- با ایجاد شرایط جدیدی که ترخیص مراجع را زودتر از زمان تعیین شده امکان پذیر می سازد با پیشنهاد یکی از اعضای تیم تخصصی به عنوان مسئول گروه و یا توسط خود ایشان موضوع در جلسه فوق العاده مطرح و اتخاذ تصمیم می گردد.

۳- تیم تخصصی با بررسی شرایط فردی و امکانات اجتماعی و زمینه های خانوادگی مراجع ترخیص وی را تایید و یا رد می نماید.

۴- پیگیری پس از ترخیص :

۱- مددکار اجتماعی مرکز موظف است پس از ترخیص پیگیری لازم را انجام دهد . برخی از اشکال پیگیری عبارتند از :

الف - مراجعه حضوری مددکار اجتماعی به افراد یا بالعکس

ب - تماس تلفنی مددکار اجتماعی با افراد یا بالعکس

ج - مکاتبه مددکار اجتماعی با افراد یا بالعکس

توجه ۱: مکاتبه می تواند از طریق نامه های عادی باشد که در این صورت مددکار اجتماعی باید اطمینان داشته باشد که نامه حتماً به دست افراد می رسد و مشکلی برای آنان ایجاد نمی کند.

توجه ۲: مکاتبه می تواند با استفاده از پست الکترونیک نیز صورت پذیرد .

۲ - در صورتیکه افراد به شهردیگر در استان یا استان دیگری نقل مکان کرده اند جهت پیگیری به طرق ذیل عمل می گردد :

الف - در صورتیکه، مرکز تابعه دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی می باشد ، پیگیری توسط آن مرکز انجام شود.

ب - در صورتی که در شهر مرکزی مربوط به دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی فعالیت ندارد پیگیری از طریق کارشناسان یا رابطین امور آسیب دیدگان اجتماعی و یا کارشناس امور اجتماعی انجام گیرد .

ج - پیگیری می تواند از طریق مراکز غیر دولتی فعال و مورد تایید سازمان بهزیستی نیز انجام شود .

توجه ۱ - در صورتی که پیگیری توسط مراکز یا واحدهای دیگر صورت می گیرد مراجعین باید از این نحوه پیگیری اطلاع و رضایت داشته باشند تا اصل رازداری حرفه ای رعایت گردد .

توجه ۲- زمانی که مراجع به طور دایم به مراکز دیگری ارجاع می گردد ، پیگیری نیز توسط همان مرکز انجام شده و نیازی به ارائه گزارش به مرکز ارجاع دهنده نمی باشد .

توجه ۳ - در صورتی که فقط پیگیری از طریق مراکز یا واحدهای دیگر انجام می شود نتیجه پیگیری ها باید به مرکز ارجاع دهنده گزارش گردد .

۳- مدت پیگیری می تواند کوتاه مدت ، میان مدت و یا بلند مدت باشد .

توجه ۱- تا زمان رسیدن به استقلال نسبی پیگیری باید انجام شود .

توجه ۲- در ابتدا، فاصله پیگیری ها پس از ترخیص کوتاه بوده ولی به مرور زمان این فاصله ها باید بیشتر شود تا منجر به وابستگی مراجع نگردد .

مستند سازی:

۱- کلیه اقدامات انجام شده از زمان پذیرش تا زمان ترخیص باید بطور مستمر در پرونده مراجع ثبت گردد.

۲- مسئولیت حسن اجرای فعالیت ها و عملکرد مرکز مطابق با دستورالعملها و بخشنامه ها و شرح وظایف ، شرکت در جلسات ، ایجاد ارتباط ، نهادها و سازمانهای ذیربط و... برعهده مسئول مرکز می باشد.

۳- مسئولیت نظارت بر حسن اجرای فعالیتها و عملکرد مراکز با مدیراستان می باشد .همچنین موظفند بطور مستقیم ویا اعزام کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی استان اقدامات نظارتی را بر چگونگی اجرای این دستورالعمل بعمل آورند.

نظارت و ارزیابی:

نظارت و ارزیابی با استفاده از شیوه های مختلف ذیل انجام خواهد شد:

- ۱- بازدید کارشناسان ستادی دفتر
- ۲- دریافت و تحلیل آمار عملکرد استان ها
- ۳- بازدید معاونین و کارشناسان استانها از سایر استانها
- ۴- سازمان های غیر دولتی
- ۵- انجمن های علمی و گرو های آموزشی دانشگاهها
- ۶- از طریق مراجع ذیربط درون سازمانی و برون سازمانی

منابع تامین اعتبار:

اعتبار مورد نیاز این طرح از اعتبارات دولتی و ملی همچنین جلب مشارکتهای مردمی و سازمانهای غیر دولتی تامین می گردد .

شرح وظايف

- ۱ - مطالعه دقیق دستورالعمل های و بخشنامه های ارسالی از سوی سازمان و رعایت آنها.
- ۲ - نظارت بر فعالیتهای کلیه کارکنان مرکز متناسب با شرح وظایف.
- ۳ - برگزاری و شرکت در جلسات تیم تخصصی .
- ۴ - شرکت در جلسات مربوط به مرکز در ستاد بهزیستی استان و شهرستان.
- ۵ - رویت کلیه مکاتبات و ارجاع مناسب و پاسخگویی به مکاتبات با همکاری کارکنان مرکز.
- ۶ - پیگیری و انجام امور محوله از سوی مدیرکل ، معاون امور اجتماعی و کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی شهرستان و استان.
- ۷ - کنترل حضور و غیاب کارکنان .
- ۸ - تهیه شرح وظایف و برنامه کاری کارکنان اداری و خدماتی و نظارت بر نحوه اجرا.
- ۹ - ایجاد ارتباط با سازمانها و نهادهای مربوط از جمله آموزش و پرورش ، دادگاهها ، نیروی انتظامی با هماهنگی حوزه معاونت امور اجتماعی استان و ...
- ۱۰ - بررسی مسایل و مشکلات مرکز و اعلام به حوزه امور اجتماعی (کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی) .
- ۱۱ - ارتباط مستمر با کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی ، معاون امور اجتماعی و سایر همکاران شهرستان و استان
- ۱۲ - تهیه ملزومات مورد نیاز مرکز با هماهنگی حوزه امور اجتماعی (معاون امور اجتماعی ، کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی) و نظارت بر استفاده صحیح از آنها.
- ۱۳ - تهیه گزارش آمار و عملکرد ماهیانه مرکز با همکاری کارکنان و ارسال به موقع به حوزه امور اجتماعی شهرستان و استان .
- ۱۴ - شرکت در دوره های آموزشی.
- ۱۵ - نظارت فیزیکی ساختمان.
- ۱۶ - سایر امور محوله.

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
شرح وظایف مسئول پذیرش

مرکز حمایت و بازپروری
دختران و زنان آسیب دیده
اجتماعی

- ۱- تکمیل فرم پذیرش در بدو ورود خدمت گیرندگان .
- ۲- توجیه وظایف دقیق مرکز به خدمت گیرندگان .
- ۳- طبقه بندی پرونده های خدمت گیرندگان .
- ۴- همکاری جهت جمع آوری اطلاعات و آمار و ... با مسئول مرکز و دیگر کارشناسان .
- ۵- پیگیری دفعات مراجعه مجدد خدمت گیرندگان.
- ۶- شرکت در جلسات داخلی مرکز .
- ۷- انجام سایر امور محوله .

- ۱- برقراری و ایجاد ارتباط با خدمت گیرنده
- ۲- انجام مصاحبه اولیه و تکمیل فرم مددکاری اجتماعی و ثبت گزارش اقدامات و فعالیتها بطور مستمر
- ۳- بررسی و ارزیابی وضعیت فردی، خانوادگی و اجتماعی خدمت گیرنده
- ۴- در صورت داشتن خانواده، شناسایی و مصاحبه با خانواده و انجام بازدید منزل و تهیه گزارش.
- ۵- برنامه ریزی به منظور استقلال و خودکفایی خدمت گیرندگان.
- ۶- ارتباط مستمر با خانواده و بستگان سببی و نسبی خدمت گیرندگان و تلاش در جهت فراهم کردن زمینه بازگشت به منزل.
- ۷- شرکت در جلسات تیم تخصصی مرکز و همکاری با سایر اعضای تیم تخصصی
- ۸- پیگیری امور مربوط به خدمت گیرندگان در طول مدت نگهداری آنان در مرکز و کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی.
- ۹- پیشنهاد یا ارائه راهکار برای ارتقا خدمات و فعالیتهای مرکز
- ۱۰- ایجاد و انجام هماهنگی و همکاریهای برون بخشی و درون بخشی.
- ۱۱- شناسایی و هماهنگی با سایر منابع اجتماعی در جهت بازتوانی مددجو.
- ۱۲- شرکت در جلسات کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی و جلسات داخلی مرکز.
- ۱۳- برگزاری جلسات مددکاری گروهی با خدمت گیرندگان یا خانواده های آنان.
- ۱۴- انجام پیگیری های پس از ترخیص.
- ۱۵- سایر امور محوله.

۱. انجام مصاحبه اولیه و بالینی با مراجع و تکمیل فرم ها و ثبت گزارش اقدامات و فعالیتهای
۲. ارزیابی دقیق وضعیت روانشناختی مراجع
۳. مصاحبه با خانواده مراجع و خانواده درمانی.
۴. تشکیل و برگزاری گروههای درمانی.
۵. ثبت مشاهدات در مورد روند باز توانی مراجع
۶. شرکت در جلسات تیم تخصصی مرکز ، همکاری با سایر اعضای تیم تخصصی مرکز
۷. آموزش به مددجویان در زمینه های مربوط به روانشناسی و مواردی مانند مهارتهای زندگی و بهداشت روانی.
۸. اجرای تستها و آزمونهای روانشناختی مورد نیاز از قبیل MMPI-2 و آزمون هوشی و کسلر.....
۹. مشاوره و رواندرمانی فردی.
۱۰. پیگیری کلیه امور و مسائل روانشناختی مراجع در طول مدت نگهداری
۱۱. انجام سایر امور محوله

مرکز حمایت و بازپروری

دختران و زنان آسیب

دیده اجتماعی

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
شرح وظایف روانپزشک

- ۱- ویزیت مراجع و انجام درمانهای دارویی و غیردارویی مورد لزوم
- ۲- پیگیری امور روانپزشکی مراجع
- ۳- تکمیل فرمها و ثبت گزارش اقدامات و فعالیتهای و درج در پرونده مراجع
- ۲- هماهنگی و همکاری در صورت نیاز به ارجاع و اعزام مراجع به مراکز درمانی روانپزشکی
- ۳- شرکت در جلسات تیم تخصصی و همکاری با سایر اعضا تیم تخصصی
- ۴- سایر امور محوله.

بسمه تعالی
سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
شرح وظایف پزشک

۱. شناخت قوانین و مقررات مرتبط به آسیب های اجتماعی .
۲. تشکیل پرونده بهداشتی برای هر مراجع در بدو ورود به واحد بهداشتی - درمانی (تنها برای مراجعانی که وارد بخش نگهداری موقت می شوند).
۳. تهیه شرح حال کامل و درج در پرونده بهداشتی (برای مراجعانی که بطور موقت نگهداری می شوند تکمیل فرم معاینات صورت می گیرد).
۴. انجام معاینات کامل فیزیکی و ثبت علایم در پرونده به منظور ارزیابی وضعیت عمومی و سلامت جسمانی (معاینات روتین شامل: معاینه چشم ، گوش و حلق و بینی ، قلب و ریه ، گوارش ، پوست و مو) بررسی و ثبت علایم حیاتی مثل نبض ، فشار خون و در صورت لزوم انجام معاینات تکمیلی و تخصصی.
۵. دستور انجام آزمایشات پاراکلینیک روتین مثل: شمارش گلبولی (C .B .C) ، کامل ادرار (U/A) ، آزمایش مدفوع (S/E) خصوصا برای جستجوی انگلها ، E .S. R و رایت و ویدال و P .P .D (در صورت لزوم)
۶. بررسی کلیه پذیرش شدگان از نظر بارداری فعلی و ثبت در پرونده.
۷. تشخیص بیماریها و تدوین طرح خاص درمانی، اجرای درمان و نظارت بر حسن اجرای درمان توسط سایر اعضاء گروه بهداشتی (درمان فقط شامل اقدامات درمانی اولیه خصوصا در موارد اورژانس می باشد. جهت درمان قطعی نیاز به ارجاع مراجع به مراکز درمانی دارد).
۸. تشخیص بیماریهای مسری، عفونی و انگلی همانند: گال ، اکسیور ، آسکار یازیس، تیفوئید، وبا، مننژیت یا اسهال عفونی ، زرد زخم و سایر بیماریها مسری.
۹. انجام اقدامات پیشگیرانه جهت جلوگیری از اپیدمی شدن بیماریهای مسری (در مراجعانی که از خدمات نگهداری موقت استفاده می نمایند).
۱۰. بررسی کلیه پذیرش شدگان از نظر بیماریهای مقاربتی و در صورت داشتن علائم تهیه اسمیر و کشت از ترشحات واژن ضروری می باشد.
۱۱. بررسی کلیه پذیرش شدگان از نظر ابتلا به عفونت HIV ، HBV ، HCV و ثبت در پرونده .
۱۲. ارجاع کلیه پذیرش شدگان به پزشکی قانونی جهت معاینه هایمن و آنوس و ثبت در پرونده.
۱۳. اقدام لازم جهت شناسایی افراد مسلول و معرفی آنها به مراکز بهداشتی - درمانی شهری و پیگیری درمان.
۱۴. اعزام مراجعان نیازمند به بیمارستان در صورت لزوم.
۱۵. غربالگری بیماران و ارجاع آنان به مراکز درمانی.

۱۶. اقدام جهت شناسایی معناتان و ارجاع آنان به معاونت پیشگیری جهت درمان.
۱۷. ثبت نشانه های اختصاصی و ویژگیهای منحصر به فرد که می تواند در آینده به شناسایی هویت فرد کمک کند.
۱۸. شناخت ساختار اجرایی کشور ، استان ، و شهرستان در راستای وظایف مرکز .
۱۹. نظارت و پیگیری برنامه های بهداشت فردی ، بهداشت محیط و بهداشت پرسنل.
۲۰. نظارت بر تهیه و توزیع مواد غذایی بصورت بهداشتی.
۲۱. تهیه و تدوین برنامه های آموزشی در خصوص بهداشت فردی و پیشگیری از ابتلا به بیماریها.
۲۲. ثبت تمامی مراحل و اقدامات انجام شده بهداشتی یا درمانی در پرونده مراجع .
۲۳. تهیه لیست داروهای اولیه مورد نیاز مرکز و وسایل لازم جهت کمک های اولیه.
۲۴. نظارت بر نحوه ارایه و توزیع دارو.
۲۵. همکاری با واحد روانشناسی و مددکاری اجتماعی و مسئول مرکز.
۲۶. شرکت در جلسات تیم تخصصی و جلسات داخلی مرکز وهمکاری با سایر کارکنان مرکز.
۲۷. پزشک عضو کمیته پژوهش مرکز می باشد.
۲۸. کلیه امور مربوط به مسایل بهداشتی ، سلامت جسمانی و روحی خدمت گیرنده به عهده پزشک مرکز مداخله در بحران است.
۲۹. نظارت بر نحوه عملکرد پرستار مرکز و ارائه دستورات پزشکی لازم به وی.
۳۰. انجام پژوهشهای کاربردی متناسب با موضوعات و گروههای هدف دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی .
۳۱. تهیه گزارش های تحلیلی (کمی - کیفی - تلفیقی) متناسب با موضوعات و گروههای هدف دفتر .
۳۲. تهیه گزارش های علمی متناسب با موضوعات و گروههای هدف دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی.
۳۳. انجام سایر امور محوله ارایه شده توسط مسئول مرکز.

- ۱ - همکاری تنگاتنگ با پزشک و روانپزشک مرکز در رابطه با مراجعین بیمار
 - ۲- نظارت بر رعایت بهداشت فردی مراجعین .
 - ۳ - گزارش موارد نقص در سیستم بهداشت عمومی و بهداشت محیط به پزشک مرکز و پیگیری جهت رفع اشکالات.
 - ۴ - گزارش مشکلات روحی و جسمی مراجعین به پزشک و روانپزشک مرکز.
 - ۵- انجام مراقبت های درمانی و دارویی لازم از مراجعین در مرکز.
 - ۸ - توجه به نحوه تغذیه مراجع
 - ۹ - برقراری ارتباط جهت جلب اعتماد خدمت گیرنده و اخذ اطلاعات مورد نیاز (روان پرستاری).
 - ۱۰- در اختیار گذاشتن داروی تجویز شده توسط پزشک و کنترل از نظر عوارض دارویی .
 - ۱۱ - کنترل بیمار از نظر علائم حیاتی و سایر مراقبتهای ویژه (باتوجه به مورد).
 - ۱۲ - ارائه خدمات پرستاری مانند تزریقات ، پانسمان، کمک های اولیه و... به بیماران.
 - ۱۴ - انجام اقدامات پیشگیرانه از شیوع و سرایت بیماریهای مسری و خطرناک از طریق آموزش بهداشت فردی و عمومی ، نظارت بر نحوه توزیع غذای بهداشتی و بیماریابی.
 - ۱۵ - نظارت بر بهداشت فر دی پرسنل آشپزخانه و نحوه تهیه غذای بهداشتی .
- توجه: تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی مانند درخواست آزمایشات ، تجویز دارو وغیره زیر نظر پزشک مرکز صورت می گیرد.
- ۲۱ - تکمیل فرمها و ثبت گزارشات اقدامات وفعاليتها ودرج در پرونده و همچنین ارائه گزارش کتبی موارد مورد نیاز به پزشک و روانپزشک

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
شرح وظایف مربی

مرکز حمایت و بازپروری
دختران و زنان آسیب
دیدۀ اجتماعی

- ۱- کنترل و مراقبت شبانه روزی بخش نگهداری و ارایه گزارش و درج در پرونده مراجع .
- ۲- کنترل کلیه اعمال و رفتار مراجعین در مرکز و در صورت لزوم ارجاع به واحدهای اجرایی ذیربط در مرکز .
- ۳- رفع نیازهای مراجعین و تامین کمبودها از طریق ارایه لیست وسایل به مسئول مرکز .
- ۴- همراهی با مراجع در زمان اوقات فراغت .
- ۵- همکاری مستمر با سایر واحدهای اجرایی مرکز .
- ۶- شرکت در جلسات داخلی مرکز .
- ۷- شرکت در جلسات تیم تخصصی در صورت لزوم .
- ۸- شرکت در دوره های آموزشی مربوطه .
- ۹- انجام سایر امور محوله .

دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

فرم ها

« دستورالعمل تکمیل فرم ها »

یکی از وظایف مددکاران اجتماعی و روانشناسان مرکز انجام مصاحبه و تکمیل فرم های موجود در دستورالعمل می باشد .

فرم شماره (۱) روانشناسی: در بدو ورود و اولین جلسه مصاحبه روانشناس با مراجع ، این فرم تکمیل می گردد . در ذیل موارد مختلف و توضیحات آن آورده شده است .

- علت مراجعه به مرکز: در این قسمت علت اصلی ارجاع فرد به مرکز از دیدگاه وی و همراهانش (مددکار ، روانشناس و...) سؤال شده و پاسخ آن یادداشت می گردد .

- چگونگی مراجعه به مرکز : نحوه مراجعه فرد به مرکز (آیا خودش مراجعه نموده یا توسط نیروی انتظامی آورده شده و یا ...) بطور کامل نوشته شود .

- شرح مشکل فعلی از زبان مراجع : از مراجع خواسته می شود شرح مختصری از مشکلی که موجب ارجاع به مداخله در بحران شده است ، تاثیر خدمات مرکز مداخله در بحران در کاهش آن ، احساس فعلی وی نسبت به مشکل و انتظاراتی که از مرکز دارد به طور کامل نوشته شود .

- تاریخچه مشکلات قبلی : چگونگی به وجود آمدن مشکلات قبلی و سیر تغییرات آن تا کنون و اقدامات انجام شده جهت رفع آن ها تا زمان مراجعه یادداشت شود .

- سابقه قبلی مراجعه به مراکز ، روانشناس و روانپزشک و مصرف دارو: در صورتی که قبلا مراجع به مراکز بهزیستی و دیگر مراکز ، روانشناس ، مشاور و روانپزشک مراجعه نموده توضیح داده شود ، نوع درمان و داروهای روانپزشکی تجویز و مصرف شده و مدت استفاده از آن ها ذکر شود .

- خصوصیات مراجع : در صورتی که فرد دارای یک یا چند نوع از موارد زیر باشد ، در مربع های مربوط علامت زده شود .

- تاریخچه فردی : تمام اتفاقاتی که از هنگام تولد تا کنون برای مراجع رخ داده است ذکر می شود که شامل مسایل مربوط به قبل از تولد ، هنگام تولد ، دورا قبل از مدرسه ، سابقه تحصیلی ، مشکلات بلوغ ، نگرش ها ، علایق ، استعدادها، کجروی ها ، سابقه قضایی ، رابطه با همسالان ، مشکلات رفتاری ، سابقه بیماری جسمی و روانی ، سابقه شغلی و سایر اطلاعات می باشد .

- تاریخچه خانوادگی : تعداد اعضای خانواده و ترتیب تولد آنان ، روابط بین آنها (والدین با هم ، والدین و فرزندان ، ارتباط فرزندان با هم) جایگاه فرد در خانواده ، وضعیت اقتصادی ، اجتماعی ، فرهنگی ، مذهبی خانواده ، نگرش خانواده نسبت به مسائل مذهبی ، نگرش خانواده نسبت به مشکلات موجود با جزئیات ذکر می شود.

- مشکلات جسمی ، روانی و خانوادگی و اقدامات انجام شده : کلیه مسایل قبلی در زمینه های روانی و جسمی که در گذشته خانواده به آن ها مبتلا بوده است از قبیل اعتیاد ، سابقه

- دستگیری ، طلاق ، بارداری ، بیماری روانی ، بیماری های جسمی ، عمل جراحی و ... و اقداماتی که در مورد آن ها انجام شده است یادداشت می شود .
- **نظر روانشناس و مداخلات پیشنهادی :** در این قسمت ، مصاحبه کننده مصاحبه را جمع بندی نموده و نظر خود را همراه با مداخلاتی که برای مراجع لازم می داند (مانند ارجاع به روانپزشک و انجام تست های تشخیصی هوشی و شخصیتی و ... ، تشخیص اولیه ، درخواست بازدید منزل توسط مددکار و) را بیان می کند .
- فرم شماره (۲) روانشناسی :** صرفا برای افرادی است که به علت فرار از منزل در مرکز مداخله در بحران پذیرش شده اند و در صورتی که تکمیل این فرم در آن مرکز انجام نشده است بایستی توسط مرکز تکمیل گردد .
- **سابقه و تاریخچه فرار و مدت زمان دوری از منزل :** در این بخش تعداد دفعات فرار ، نحوه فرار ، مدت زمان دوری از منزل در هر یک از فرارها ذکر شود .
 - **علل فرار از منزل از دیدگاه مراجع :** انگیزه فرد از فرار های قبلی و فرار فعلی از منزل یادداشت شود .
 - **تاثیر خانواده ، دوستان و عوامل دیگر در فرار از منزل :** میزان تاثیر خانواده در فرار ، سابقه ترک منزل توسط دیگر اعضای خانواده ، میزان تاثیر دوستان و همسالان در فرار ، سابقه فرار در دوستان و همسالان و عوامل و الگوهای مهم دیگری که در فرار فرد از منزل نقش دارند نوشته شود .
 - **نحوه سپری شدن مدت دوری از منزل :** باید از فرد سوال شود که در مدت زمان دوری از منزل با چه کسی یا کسانی به سر برده است (محل سکونت نیز ذکر شود) ، نحوه تامین مخارج چگونه بوده است ، در این مدت با خانواده یا دوستان نزدیک تماس داشته است ، تمایل دارد که خانواده از محل وی اطلاع داشته باشد ، احساس وی در مدت دوری از منزل چگونه است و ... و کلیه موارد یادداشت شود .
 - **ویژگی های خانواده و آسیب های آن :** در این بخش مسائل تربیتی خانواده (سهل گیری ، سخت گیری ، گوش دادن به مشکلات فرزندان ، همدلی با فرزندان) ، سابقه سوء مصرف مواد و الکل ، سابقه ارتکاب جرم و زندان ، سابقه متارکه یا طلاق والدین یادداشت شود .
 - **سابقه ارتباطات با جنس مخالف :** در این بخش سن اولین ارتباط ، تعداد دفعات ارتباط ، با چه کسی یا چه کسانی ، اجبار یا اختیاری بودن آن و احساسات فرد ذکر شود .
 - **سابقه کودک آزاری و مسامحه در گذشته :** سابقه آزار در گذشته (کلیه انواع آزار در نظر گرفته شود) ، توسط چه فرد یا افرادی) ، مدت آن و آثار جسمی و روانی آن و نگرش فرد نسبت به آزارهای انجام شده نوشته شود .
 - **تاریخچه فرار از مدرسه و رفتارهای انحرافی :** سابقه فرار از مدرسه ، سن وی در فرارها ، علت آن ، تعداد دفعات فرار از مدرسه و پیامدهای آن ، سابقه رفتارهای انحرافی (رعایت نکردن

- قوانین مدرسه، دزدی، دروغ، سیگار کشیدن، سوء مصرف مواد و الکل، آزار همکلاسی‌ها، مشکل با اولیاء مدرسه و) نوشته شود.
- سابقه بیماری‌های امیزی و HIV و هپاتیت: در صورت وجود سابقه بیماری‌های عفونی، HIV+ / ایدز و هپاتیت، سن شروع و درمان‌های انجام شده ذکر شود.
 - سابقه دستگیری و زندان: در صورت دستگیری توسط نیروی انتظامی سن دستگیری، نوع جرم و در صورت وجود سابقه زندان مدت آن، تعداد دفعات دستگیری و زندان، نگرش وی نسبت به تجربه زندان نوشته شود.
 - سابقه پذیرش در مراکز بهزیستی: در صورتی که فرد قبلاً سابقه پذیرش در مراکز بهزیستی را دارد، علت پذیرش، سن پذیرش، مدت اقامت در مراکز و تعداد دفعات آن و خدماتی که دریافت نموده است و میزان رضایتمندی و یا عدم رضایت وی از این خدمات ذکر شود.
 - سابقه مراجعه به روانشناس و روانپزشک و مصرف دارو: اگر سابقه مراجعه به روانشناس و یا روانپزشک را داشته علت آن، سن مراجعه، تعداد دفعات و مدت زمان درمان و نوع داروهای مصرفی ذکر شود.
 - وضعیت معنوی مراجع: اعتقادات مذهبی فرد در صورت تمایل وی به پاسخ سوال و پاسخ آن نوشته شود.
 - علل فرار از منزل از دیدگاه روانشناس: با توجه به پاسخ‌های مراجع علل فرار از دیدگاه روانشناس جمع‌بندی و نوشته شود.
 - نظر روانشناس و مداخلات پیشنهادی: جمع‌بندی روانشناس بر اساس اطلاعات اخذ شده در جهت تشخیص سلامت و یا عدم سلامت روانی مراجع و اعمال مداخلات درمانی در قالب طرح درمانی بر اساس کاربرد ابزارهای تشخیصی (مصاحبه، تست هوش، شخصیت و مشاهده)، ارجاع به روانپزشک و سایر افراد تیم تخصصی.
- فرم شماره (۴) روانشناسی:**
- نظر روانشناس و طرح درمان: روانشناس پس از انجام ارزیابی‌های لازم می‌بایست نوع مداخلات و اولویت بندی آنها را بنویسد.
 - زمانبندی و اجرای طرح درمان: روانشناس بنا به تشخیص خود می‌تواند زمان مداخلات درمانی خود را به ترتیب اولویت بندی شده به طور نسبی تعیین نماید.
- فرم شماره (۵) روانشناسی:** روانشناس می‌بایست اقدامات مداخله‌ای خود را با ذکر تاریخ و شماره جلسه یادداشت نماید.
- فرم شماره (۶) روانشناسی:**
- نام و نام خانوادگی مصاحبه‌شونده (گان): فرد مصاحبه‌شونده الزاماً والدین فرد نیستند و در صورت فقدان والدین می‌توان با افراد دیگر خانواده و یا هر فرد دیگری که مراقبت و نگهداری او را بر عهده داشته است مصاحبه نمود.
 - نسبت با مراجع در مرکز: نسبت فرد مصاحبه‌شونده با فرد باید نوشته شود.

- چگونگی مراجعه یا دعوت شدن به مرکز : فرایند حضور مصاحبه شونده در مرکز نوشته شود .
 - مشکل از دیدگاه مصاحبه شونده (گان) و اقدامات انجام شده : در این قسمت نظر مصاحبه شونده (گان) را در خصوص مشکل فعلی دختر و اقدامات انجام شده در جهت رفع مشکل توسط خانواده ذکر شود . (عینا جملات مصاحبه شونده یادداشت شود)
 - سوابق مشکلات قبلی مراجع و اقدامات انجام شده : در صورت وجود مشکلات قبلی سوابق آن و اقداماتی که خانواده در جهت رفع آن نموده است ذکر شود . (عینا جملات مصاحبه شونده یادداشت شود)
 - مشکلات جاری و قبلی خانواده : مشکلات و مسائل قبلی و فعلی موجود در خانواده از زبان مصاحبه شونده یادداشت شود .
 - پیشنهادات و نحوه همکاری خانواده برای رفع مشکلات : پیشنهادات خانواده در خصوص رفع مشکل و اقداماتی که می توانند در راستای حل مشکلات انجام دهند از زبان مصاحبه شونده نوشته شود . (ر این رابطه الزامیست روانشناس نقش خانواده را در خصوص شناخت مشکل و رفع آن به آنان تفهیم نماید)
 - نظر روانشناس و مداخلات پیشنهادی : روانشناس با توجه به مصاحبه انجام شده می تواند از وضعیت کلی خانواده ، توانایی و آمادگی آنان را جهت همکاری در رفع مشکلات ارزیابی نماید و بر اساس آن نقش خانواده را در مداخلات درمانی تعیین کند و در صورت تشخیص روانشناس در مورد این که آیا سایر افراد خانواده نیز نیازمند خدمات تخصصی و ... می باشند با ذکر اولویت ها نوشته شود .
- فرم شماره (۱) مددکاری اجتماعی (گزارش کامل فردی):** برای تهیه گزارش کامل فردی اطلاعات ذیل به صورت تشریحی ارائه شود .
- تاریخ مراجعه : یکی از اطلاعاتی که در گزارش مددکاری باید درج شود تاریخ مراجعه به خانه می باشد که همان تاریخ اولین روز مراجعه است .
- نحوه مراجعه : چنانچه فردی برای دریافت خدمات به مرکز معرفی می شود ، نحوه پذیرش و روندی را که فرد طی نموده است تا در مرکز پذیرش شود و همچنین نام مرکز ارجاع دهنده مشخص شود .
- علت مراجعه : علت مراجعه همان علتی است که مراجع در اولین مراجعه خود طرح می کند . البته ممکن است علت واقعی مراجعه بعد از مدتی دقیقاً مشخص شود که لازم است در گزارش اصلاح شود .
- مشخصات مراجع : در این قسمت کلیه اطلاعاتی که در خصوص مراجع اخذ شده است درج می گردد . این اطلاعات شامل موارد ذیل است : نام و نام خانوادگی ، نام پدر ، تاریخ تولد ، محل تولد ، دین ، مذهب ، تابعیت ، وضع سلامت (جسمی ، روانی) ، تحصیلات (اگر ترک تحصیل کرده است علت و مدت آن) ، بعد خانوار ، وضع تاهل (در صورت مطلقه بودن یا متارکه کردن علت ، مدت و دفعات آن ، تعداد فرزندان ، وضع سرپرستی آنان و ... ذکر شود) ، وضع اشتغال)

اگر شاغل است نوع شغل، متوسط میزان درآمد، محل کار و .. نوشته شود)، وضع مسکن (اگر رهن یا اجاره است مبلغ آن ذکر شود)، سوابق قبلی (زندانی یا بازپروری، کانون اصلاح و تربیت و...)، نحوه گذراندن اوقات فراغت، محل سکونت و هر توضیح دیگری که در خصوص مراجع ضرورت دارد که ثبت شود در این قسمت نوشته می شود.

مشخصات خانواده مراجع: در این قسمت اطلاعاتی از اعضای خانواده مراجع نوشته می شود که ممکن است درباره نسبت با مددجو، سن، میزان تحصیلات، وضع تاهل، شغل، متوسط درآمد ماهیانه، وضع سلامت جسمی و روانی، نحوه ارتباط با مراجع و سوابق قبلی باشد. در خصوص هر یک از اعضای خانواده هر اطلاعات دیگری که ضرورت دارد اخذ شود، البته باید اطلاعاتی باشد که در برنامه های کمکی و یا تشخیص مشکل واقعی کمک کند. در مورد بعضی از مراجعان به علت نداشتن خانواده در زمان مراجعه یا بی اطلاعی مراجع از خانواده ممکن است این بخش از اطلاعات در گزارش درج نشود اما مددکار اجتماعی باید علت آن را بنویسد. مشخصات سایر افرادی که می توانند در حل مشکل کمک کنند: گاهی سایر افراد از قبیل پدر بزرگ، مادر بزرگ، عمو، عمه، دایی، خاله، مربی، معلم، مربی، مدیر، مشاور، دوست و..... نیز می توانند در حل مشکل کمک بسیار موثری برای مراجع باشند. در صورت وجود این افراد، اطلاعات آن ها در این قسمت به صورت تشریحی نوشته شود. این اطلاعات شامل نام و نام خانوادگی، سن، شغل و مواردی نظیر آن و نیز نحوه ارتباط با مراجع و شماره تماس و نشانی برای مراجعه به آن ها می باشد.

مشکل از دید مراجع: یکی از مهم ترین اطلاعاتی که در گزارش کامل از مراجع باید ارائه شود اطلاعاتی است که در زمینه مشکل یا نیاز از مراجع یا اعضاء خانواده و یا مدرسه اخذ می شود. در این قسمت باید به نکات ذیل توجه شود.

- مطالب را آن گونه که ارائه میشود نوشته شود و برداشت شخصی خود را ننویسد.
- برای جمع آوری اطلاعات صرفاً به مراجع تکیه نشود و در شرایطی که امکان و ضرورت اخذ اطلاعات از اعضای خانواده، معلم، مدیر، مددکار اجتماعی، موسسه قبلی و پرونده قبلی مراجع با رعایت اصل رازداری حرفه ای از آن ها نیز اطلاعات را جمع آوری کنند.
- ممکن است در جلسه یا جلسات اول مراجع اطلاعات دقیق در اختیار شما نگذارد. بهتر است اطلاعات جدید را با اطلاعات قبلی مقایسه نمایید.
- در برخی از شرایط مراجعین قادر به ارائه اطلاعات نیستند. در این شرایط اخذ اطلاعات از اعضاء خانواده و یا دیگران یا جمع آوری اطلاعات از طرف دیگر از جمله پرونده قبلی ضروری است.

اطلاعات مربوط به گذشته مراجع: در این قسمت کلیه اطلاعاتی که مربوط به تاریخچه و گذشته مشکل در خصوص زمان و نحوه شروع مشکل و روند تحولات آن تا زمان تهیه گزارش درج می شود.

اطلاعات مربوط به عوامل زمینه ساز مشکل به ترتیب اولویت: یکی از مهم ترین اطلاعات که برای تشخیص مشکل نیاز است اطلاعاتی است که عوامل زمینه ساز و موثر در بروز مشکل را مشخص می سازد. در این قسمت مددکار اجتماعی ابتدا اطلاعات جمع آوری شده را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و بررسی می کند که با توجه به اطلاعات بدست آمده چه عواملی زمینه ساز مشکل و موثر در بروز مشکل بوده است. توضیح این نکته ضروری است که چنانچه مراجع بیش از یک مشکل دارد عوامل زمینه ساز و ... هر مشکل جداگانه باید نوشته شود.

اطلاعات مربوط به اقدامات انجام شده قبلی در خصوص حل مشکل: به دلیل پرهیز از دوباره کاری و همچنین ارزیابی برنامه های کمکی که در گذشته عمل شده و داشتن برنامه زمانبندی معقول برای اجرا لازم است کلیه اطلاعات مربوط به مراجع و اقداماتی که تا زمان مراجعه به مددکار اجتماعی مرکز انجام شده و اینکه چه اقداماتی برای حل مشکل و یا برطرف کردن مشکل انجام شده و نتایج حاصله از اقدامات به صورت تشریحی در این قسمت نوشته شود.

طرح مشکل به ترتیب اولویت: در این قسمت مددکار اجتماعی ابتدا اطلاعات جمع آوری شده را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و بررسی می کند که با توجه به اطلاعات بدست آمده آیا مشکل / مشکلات واقعی مراجع همان مشکل گفته شده توسط مراجع است. آیا ارتباطی بین مشکل و اطلاعات بدست آمده وجود دارد؟ آیا عوامل زمینه ساز همان است که مراجع گفته است؟ ممکن است اطلاعات بدست آمده و مشکلات تشخیص داده شده با آن چه مراجع می گوید متفاوت باشد و یا اطلاعات کافی نباشد در این صورت باید اطلاعات را کامل نموده و برای تشخیص و تدوین برنامه کمکی اقدام نمود. پس از آن اطلاعات را به مراجع و یا خانواده او منتقل نموده و براساس تفاهم و تصمیم مشترک با مراجع مشکلات را به ترتیب اولویت تعیین کرد.

تدوین برنامه کمکی جهت حل مشکل: در این قسمت با مشارکت مراجع بر اساس اولویت مشکلات یا نیازها به صورت زمانبندی شده و چگونگی اجرای هر برنامه و با توجه به توانایی های مراجع و شرایط فرهنگی جامعه برنامه های کمکی را ارائه می کند و به صورت تشریحی و کامل درج می شود.

اجرای برنامه کمکی: در این قسمت مددکار اجتماعی فقط در مورد وضعیت اجرای برنامه یا برنامه های کمکی و این که چگونه این برنامه اجرا خواهد شد و آیا این برنامه ها اجرا شدند و یا ممکن است برخی از برنامه ها اجرا شده باشد و روش هایی که برای اجرای برنامه کمکی پیشنهاد می شود و همچنین امکانات مورد نیاز ذکر می شود.

ارزیابی برنامه کمکی: چنانچه برنامه های تدوین شده اجرا شده و مورد ارزیابی قرار گرفته باشد نتایج ارزیابی های انجام شده از برنامه به تفکیک نوشته شود. در خصوص مراجعینی که برنامه های کمکی آن ها تا زمان تهیه گزارش کامل اجرا شده است فقط مطالب بندهای اول تا دوازدهم در گزارش های کامل فردی نوشته می شود.

تجزیه و تحلیل اطلاعات : در این قسمت کلیه اطلاعات بدست آمده از روند طرح مشکل تا اجرای برنامه کمکی و ارزیابی برنامه کمکی و اولویت بندی مشکلات مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفته و نوشته می شود. در صورتی که در هر بخش اطلاعات ناقص و یا نیاز به بررسی بیشتر وجود داشته باشد پیشنهاد می گردد .

نتایج حاصله از اجرای برنامه کمکی : کلیه اطلاعات مربوط به ماحصل اجرای برنامه کمکی و این که چه بخش یا بخش هایی از برنامه کمکی اجرا شده باشد و این که چقدر این برنامه ها موثر واقع شده و در حل مشکل مراجع اثرگذار بوده در این قسمت آورده می شود.

پیگیری وضعیت مراجع : چنانچه مراجع ، برنامه و یا برنامه های کمکی را اجرا کرده باشد و پس از ارزیابی های انجام شده مشکل یا مشکلات او حل شده باشد و ارتباط مستمر با مددکار اجتماعی قطع شده باشد و به اصطلاح مراجع ترخیص شده باشد پیگیری های انجام شده توسط مددکار اجتماعی به طور کامل باید گزارش شود . این که آیا پیگیری ها انجام شده است؟ اطلاعات بدست آمده از پیگیری ، نحوه پیگیری ، اعضاء موثر در پیگیری و باید گزارش شود .

فرم شماره (۲) مددکاری اجتماعی (اقدامات و پیگیری) : کلیه اقداماتی که از زمان ورود مراجع به مرکز تا زمان ترخیص انجام می شود به صورت کامل و تشریحی در این فرم ثبت می گردد . (کلیه مکاتبات ، تماس ها ، مراجعات ، جمع آوری اطلاعات مجدد ، تدوین برنامه کمکی و ...)

فرم شماره (۳) مددکاری اجتماعی (گزارش بازدید از منزل) :

- تاریخ انجام بازدید بازدید مشخص باشد .
- مشخصات مراجع مشخص باشد .
- در ابتدای گزارش ضرورت انجام بازدید از منزل نوشته شود .
- از آنجایی که قبل از انجام بازدید از منزل هدف و یا اهداف بازدید می بایست مشخص شده باشد در گزارش نیز این هدف یا اهداف باید مشخص باشد .
- گزارش خوانا باشد .
- تاریخ تهیه گزارش ثبت شود .
- نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی و مهر و امضاء نیز در پایان گزارش باشد .

فرم گزارش مربی : گزارش روزانه هر مراجع به طور کامل با ذکر تاریخ و نام و نام خانوادگی و امضاء مربی نوشته شود .

فرم کمک های مالی : کلیه کمک های مالی اعم از نقدی و غیرنقدی که مراجع در زمان حضور در خانه و زمان ترخیص و حتی پس از ترخیص به طور دقیق در فرم اقدامات مالی نوشته شود . تاریخ ، نوع کمک (نقدی و غیرنقدی) ، نام و نام خانوادگی مددکار و مقام تایید کننده و در صورت نیاز توضیحات بطور کامل نوشته شود.

فرم گزارش کار گروهی : در فرم گزارش کار گروهی می بایست اطلاعات ذیل درج شود :

۱- فرایند تشکیل گروه

الف: ضرورت انتخاب روش گروهی

ب: انتخاب اعضای گروه

ج: زمان تشکیل گروه

د: مکان تشکیل گروه

ه: اهداف تشکیل گروه

و: قواعد ومقررات گروه

۲- گزارش جلسات گروهی

۳- ارزیابی از جلسات گروه

۴- نتایج حاصل از فعالیت گروهی

فرم اقدامات پزشکی و روانپزشکی : کلیه اقدامات پزشکی و روانپزشکی شامل معاینه ، تشخیص

، تجویز دارو و در این فرم توسط پزشک و روانپزشک مرکز ثبت گردد .

فرم شماره (۴) مددکاری اجتماعی (پیگیری پس از ترخیص) : کلیه اقداماتی که پس از

ترخیص مراجع از مرکز انجام می گیرد به طور دقیق و مستمر با ذکر تاریخ و نام و نام خانوادگی

پیگیری کننده ثبت شود .

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

نام مرکز:

نام و نام خانوادگی روانشناس:

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
فرم شماره ۱ روانشناسی

علت مراجعه به مرکز:

چگونگی مراجعه به مرکز:

شرح مشکل فعلی از زبان مراجع (و همراه):

تاریخچه مشکلات قبلی:

سابقه قبلی مراجعه به مراکز، روانشناس و روانپزشک و مصرف دارو:

خصوصیات مراجع: عقب ماندگی ذهنی اختلال روانی معلولیت جسمی
بیماری جسمی ذکر شود: بیش فعالی ترک تحصیل زود هنگام افت
تحصیلی
بدشکلی ظاهری فرزند خوانده سایر ذکر شود:

تاریخچه فردی :

تاریخچه خانوادگی :

مشکلات جسمی، روانی و خانوادگی و اقدامات انجام شده :

نظر روانشناس و مداخلات پیشنهادی:

نام و نام خانوادگی و امضای روانشناس:

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

نام مرکز:

فرم شماره ۲ روانشناسی

(در صورت نیاز و اگر در مرکز مداخله تکمیل نشده)

نام و نام خانوادگی روانشناس:

[فرار از منزل]

سابقه و تاریخچه فرار و مدت زمان دوری از منزل:

علل فرار از منزل از دیدگاه مراجع:

تأثیر خانواده، دوستان و عوامل دیگر در فرار از منزل:

نحوه سپری شدن مدت دوری از منزل:

ویژگیهای خانواده و آسیب های آن:

سابقه ارتباطات با جنس مخالف:

سابقه کودک آزاری و مسامحه در گذشته :

تاریخچه فرار از مدرسه و رفتارهای انحرافی:

سابقه بیماری های آمیزشی و HIV و هپاتیت:

سابقه دستگیری و زندان:

سابقه پذیرش در مراکز بهزیستی :

سابقه مراجعه به روانشناس و روانپزشک و مصرف دارو:

وضعیت معنوی مراجع:

علل فرار از منزل از دیدگاه روانشناس:

نظر روانشناس و مداخلات پیشنهادی:

نام و نام خانوادگی و امضای روانشناس:

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

نام مرکز:

نام و نام خانوادگی روانشناس:

سازمان بهزیستی کشور

معاونت امور اجتماعی

دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

فرم شماره ۳ روانشناسی (در صورت نیاز)

معاینه وضعیت روانی

- وضعیت ظاهر (نحوه لباس پوشیدن ، آراستگی ، وضعیت بدنی و ...):

- فعالیت روانی حرکتی (بی قراری ، کندی ، ادا و اطوار ، تیک):

- نگرش نسبت به مصاحبه (نحوه همکاری: دفاعی ، تحقیر کردن، به شوخی گرفتن جلسه ، ...):

- خلق و عاطفه و متناسب بودن آنها (خلق ، هیجان مستمر مثل شاد بودن و عاطفه ، پاسخدهی هیجانی است که از روی چهره استنباط می شود):

- تکلم (سرعت و کیفیت کلام مراجع- پرحرف ، کم حرف ، تکلم پرفشار ، تکلم نجوا مانند و ...):

- ادراک (توهم و خطاهای حسی):

- محتوای افکار (هذیان ، وسواس فکری، افکار خودکشی):

- فرایند تفکر (مانند پرش افکار ، تفکر تماسی ، حاشیه پردازی ، انسداد فکر):

- هشیاری (گوش بزنگی، تیرگی شعور، بهت، اغماء):

(ادامه فرم شماره ۳ روانشناسی - معاینه وضعیت روانی)

- جهت یابی (زمان مکان و شخص):

- حافظه (آنی، کوتاه مدت و دراز مدت):

- تمرکز و توجه (مثلا از فرد خواسته شود از عدد ۱۰۰، ۷ تا ۷ تا کم کند):

- هوش و اطلاعات عمومی :

- تکانشی بودن (توانایی کنترل تکانه های پرخاشگری و غیره):

- قضاوت (آگاهی از نتیجه احتمالی رفتار):

- بینش (آیا بر مشکلات خود وقوف دارد):

- تشخیص اولیه و پیشنهادات:

نام و نام خانوادگی روانشناس:

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

فرم شماره ۴ روانشناسی

نام مرکز:

ارزیابی روانشناختی و طرح درمان نام و نام خانوادگی روانشناس:

نوع آزمون یا پرسشنامه به کار رفته (MMPI-2 ، تست هوش و...):

نمرات، مقیاسها و نتایج آزمون ها و پرسشنامه ها:

جمع بندی اطلاعات حاصل از مشاهده، مصاحبه ، معاینه وضعیت روانی و آزمونها و تشخیص بر
اساس محور های پنجگانه DSM IV:

نظر روانشناس و طرح درمان (روشها ذکر شود- مصاحبه با خانواده، آموزش مهارتهای زندگی و...):

زمان بندی و اجرای طرح درمان (کوتاه مدت ، علمی ، متناسب با نیاز ، همراه با انگیزه سازی):

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

نام مرکز:

نام و نام خانوادگی روانشناس:

اهدایات و مداخلات

فرم شماره ۵ روانشناسی

گزارش مختصر مداخلات روانشناختی:

تاریخ و شماره جلسه:

تاریخ و شماره جلسه:

تاریخ و شماره جلسه:

تاریخ و شماره جلسه:

تاریخ و شماره جلسه:

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

سازمان بهزیستی کشور

معاونت امور اجتماعی

دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

نام مرکز:

نام و نام خانوادگی روانشناس:

فرم شماره ۶ روانشناسی

مصاحبه با خانواده

نام و نام خانوادگی مصاحبه شونده (گان):

نسبت با مراجع مرکز:

چگونگی مراجعه یا دعوت شدن به مرکز:

مشکل از دیدگاه مصاحبه شونده (گان) و اقدامات انجام شده:

سوابق مشکلات قبلی مراجع و اقدامات انجام شده:

مشکلات جاری و قبلی خانواده:

پیشنهادات و نحوه همکاری خانواده برای رفع مشکلات:

نظر روانشناس و مداخلات پیشنهادی:

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
فرم شماره (۱) مددکاری اجتماعی

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

مرکز:

نام و نام خانوادگی مددکار:

گزارش کامل فردی

تاریخ تنظیم فرم:

تاریخ مراجعه:

نحوه مراجعه:

علت مراجعه:

مشخصات مراجع:

مشخصات خانواده مراجع:

۹- مشخصات سایر افرادی که می توانند در حل مشکل به مراجع کمک کنند:

- وضعیت اقتصادی مراجع و خانواده وی :

- وضعیت بهداشت فردی مراجع و خانواده وی:

مشکل از دید مراجع:

اطلاعات مربوط به گذشته مراجع: (زمان و نحوه شروع مشکل، روند تحولات آن و...)

اطلاعات مربوط به عوامل زمینه ساز مشکل به ترتیب اولویت :

اطلاعات مربوط به اقدامات انجام شده قبلی در خصوص حل مشکل

مراجع از زمان مراجعه به موسسه چه اقدامی برای حل مشکل یا برطرف نمودن نیاز خود انجام داده و چه نتایجی گرفته است؟

طرح مشکلات به ترتیب اولویت:

اولویت اول :

اولویت دوم:

اولویت سوم :

تدوین برنامه کمکی جهت حل مشکل:

اجرای برنامه کمکی:

ارزیابی برنامه کمکی:

تجزیه و تحلیل اطلاعات:

نتایج حاصله از اجرای برنامه کمکی:

پیگیری وضعیت مراجع:

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

مرکز:

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
فرم شماره (۲) مددکاری اجتماعی
اقدامات و پیگیری

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

مرکز:

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
فرم شماره (۳) مددکاری اجتماعی
گزارش بازدید از منزل

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

ضرورت انجام بازدید از منزل:

هدف / اهداف:

متن گزارش:

نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

مرکز:

سازمان بهزیستی کشور

معاونت امور اجتماعی

دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

فرم صورتجلسه تیم تخصصی

مراکز حمایت و بازپروری

زنان و دختران آسیب

دیده اجتماعی

تیم تخصصی مرکز با شرکت امضاء کنندگان ذیل تشکیل جلسه داده

پس از بررسی گزارشها، تصمیمات ذیل اتخاذ گردید:

در تاریخ

و در مورد مراجع

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

مرکز:

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
فرم گزارش مربی

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

:

مرکز:

فرم کمک های مالی

ملاحظات	مبلغ به ریال	نوع خدمت	نوع مساعدت (نقدی، غیرنقدی)	تاریخ

		جمع
--	--	-----

نام و نام خانوادگی مددکار

مقام تایید کننده : نام و نام خانوادگی مسئول مرکز

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

سازمان بهزیستی کشور

معاونت امور اجتماعی

دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

مرکز:

فرم گزارش کار گروهی

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

مرکز:

سازمان بهزیستی کشور

معاونت امور اجتماعی

دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

فرم اقدامات پزشکی و روانپزشکی

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

مرکز:

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
فرم اقدامات پرستاری

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

مرکز:

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
فرم صور تجلسه ترخیص

استان :

شهرستان :

تاریخ و محل تشکیل جلسه :

مشخصات مراجع :

نام :

نام خانوادگی :

نام پدر :

تاریخ تولد :

تاریخ پذیرش :

۱- خلاصه ای از وضعیت مراجع و علت پذیرش :

۲- خلاصه ای از اقدامات انجام شده قبلی (مرکز مداخله در بحران های اجتماعی) :

۳- اقدامات انجام شده به ترتیب اولویت :

۳-۱ : اقدامات مددکاری :

۳-۲ : اقدامات روانشناختی :

۳-۳: اقدامات پزشکی و روانپزشکی :

۳-۴: اقدامات تربیتی و تحصیلی :

۳-۵: اقدامات آموزشی فنی و حرفه ای :

۳-۶: اقدامات حقوقی :

۴- اعلام برنامه کمکی و اقدامات پیشنهادی پس از ترخیص :

۵- مسئول پیگیری پس از ترخیص

سمت :

نام خانوادگی :

نام :

امضاء :

۶- اسامی و امضاء اعضای حاضر در تیم تخصصی :

مسئول مرکز

مددکار اجتماعی

روانشناس

مربی

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز

امضاء

شماره پرونده:

تاریخ:

استان:

شهرستان:

مرکز:

سازمان بهزیستی کشور

معاونت امور اجتماعی

دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

فرم شماره (۴) مددکاری اجتماعی

فرم پیگیری پس از ترخیص

مراکز حمایت و بازپروری
زنان و دختران آسیب
دیده اجتماعی

دستور العمل اجرائی تکمیل فرم پزشکی مرکز بازپروری زنان آسیب دیده اجتماعی

(۱) برای دست یابی به تشخیص صحیح، اصولی ثابت وجود دارد که قطعا کلیه همکاران محترم پزشک با نحوه انجام یک شرح حال گیری و معاینه پزشکی آشنایی کامل دارند. شرح حال دقیق شامل سابقه بیماریها در مراجع یا خانواده وی، سابقه بستری در بیمارستان، ترانسفوزیون و ... همچنین انجام معاینه کامل پزشکی و بررسی نشانه های بیماری، درخواست آزمایشات روتین و در صورت لزوم انجام و بکار گیری سایر روشهای تشخیصی پاراکلینیکی می باشد. یک شرح حال خوب تا ۸۵ درصد به تشخیص کمک می کند. ۱۰ درصد مربوط به انجام یک معاینه خوب و دقیق و تنها ۵ درصد مربوط به اقدامات پاراکلینیک می باشد. در فرمی که تهیه شده است تنها به نکات مهم سوابق پزشکی مراجع اشاره شده است و علت انتخاب این پارامترها ناشی از دیدگاه خاص کارشناسان پزشکی دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی به جمعیت هدف (زنان آسیب دیده اجتماعی) می باشد. لذا ضمن توجه به نکات ذکر شده در فرم پزشکی، توصیه می شود شرح حال پزشکی کاملی مطابق با اصول درست پزشکی از مراجع کسب نمائید.

(۲) در فرم سئوالاتی با پاسخ بلی یا خیر منظور شده است در صورت مثبت بودن پاسخ بطور مختصر درباره آن در قسمت توضیح که بدین منظور اختصاص یافته است شرح دهید.

(۳) سابقه بارداری، دفعات حاملگی (گراوید)، سقط جنین مرده زائی و تعداد فرزندان زنده دقیقا ثبت گردد. کلیه پذیرش شدگان که قرار است در مرکز نگهداری شوند می بایستی از نظر بارداری فعلی بررسی شوند و در پرونده ثبت گردد. در صورت لزوم از آزمایش گراویندکس، B.HCG سرمی و سونوگرافی می توانید بهره گیرید. همچنین نظریه مشاورتی پزشکی قانونی برای تایید یا رد بارداری خصوصا برای موارد مشکوک کمک کننده خواهد بود.

(۴) از آنجائیکه زنان آسیب دیده اجتماعی در معرض خطر ابتلا به عفونتهای دستگاه تناسلی و عفونتهای دستگاه تناسلی و عفونتهای مقاربتی هستند پرس و جو از مراجع در این خصوص ضروریست. آزمایش کامل ادرار و تهیه اسمیر واژینال کمک کننده خواهد بود. در صورت لزوم آزمایشات تکمیلی همچون کشت ادرار، کشت ترشحات واژن و سایر روشهای تشخیص را درخواست نمائید بیماریهای شایع تناسلی در زنان انواع واژنیت های کاندیدیایی، تریکومونائی، گاردنلا و واژینالیس و سایر باکتریهای غیر اختصاصی می باشد. از دیگر عفونتهای شایع تناسلی و مقاربتی ابتلا به کلامیدیا و مایکوپلازما، گونوره و همچنین

عفونتهای ویرال همانند زگیل تناسلی (Hsv تاپ II) و پاپیلوما ویروس (Hpv) می باشد که در صورت لزوم بررسی شوند.

۵) پیش بینی می شود که بیماری هپاتیت ویروسی B (HBV) در گروه مورد نظر ما از شیوع بیشتری برخوردار می باشد جهت دستیابی به این پیش فرض می بایستی از کلیه زنان مرکز آزمایش HBSAg بعمل آید. البته هرگز نباید از کسب سابقه پزشکی در خصوص زردی، بیماری کبدی، ترانسفوزیون و تزریق فاکتورهای خونی غافل شد. در صورت مثبت شدن HBSAg تا حصول نتیجه بیمار را پیگیری کنید و آزمایشات تکمیلی (HbeAb .HbeAg .HBSAb) را در خواست نمائید و همچنین ممکن است بررسی آنزیمهای کبدی (SGPT ، SGOT) بیلی روبین توتال و مستقیم و آلکالین فسفاتاز) نیاز باشد.

۶) باتوجه به اینکه یکی از راههای شایع انتقال ویروس ایدز (HIV)، راه آمیزش جنسی است (sexual) انجام تست HIV برای کلیه زنانیکه قرار است در مرکز نگهداری شوند ضروریست .

۷) معاینات فیزیکی طبق موازین پزشکی صورت می گیرد و تفاوتی با سایر بیماران وجود ندارد. گرچه می بایستی در معاینه فیزیکی روی موارد مثبت در سوابق پزشکی دقت بیشتری بعمل آورد.

۸) ثبت علائم مهم برای تشخیص هویت فرد در آینده ضروریست . برای مثال وجود یک خال مادر زادی در محل خاص ، پلی داکتیلی و یا اسکار یک عمل جراحی خصوصا جراحی ناشی از نزاع یا تصادف می تواند در شناسائی هویت فرد کمک کننده باشد.

۹) معاینه هایمن و آنوس توسط پزشکی قانونی انجام می شود کلیه زنانی که قرار است در مرکز نگهداری شوند می بایستی از این بابت بررسی شوند و گزارش پزشکی قانونی ضمیمه پرونده گردد.

۱۰) بیماری سل یکی از معضلات بهداشتی در کل جهان بخصوص کشورهای عقب نگاه داشته شده است . باتوجه به اینکه بسیاری از مردم قبلا با میکروب سل تماس داشته اند و احتمالا میکروب نهفته در نزد آنها وجود دارد در صورت کاهش ایمنی فرد مثلا در موارد سوء تغذیه ، بیماریها ، ابتلاء به AIDS و شرایط استرس زای دائمی، میکروب فعال شده و فرد مبتلا به بیماری فعال سلی می شود بهترین روش جهت پیشگیری از گسترش بیماری سل ، بیماریابی و درمان مبتلایان است. باتوجه به تلقیح واکسن B.C.G در کشور ما اغلب تست پوستی توبرکولین مثبت است . لذا بهترین روش (ساده و ارزان) انجام آزمایش مستقیم و کشت خلط جهت جستجوی باسیل کخ می باشد.

۱۱) در اولین مرحله آزمایشات درخواستی را در صفحه ۲ فرم پزشکی ذکر نمائید . نتیجه و تفسیر آزمایشات را نیز در جدول مربوط یادداشت نمائید.

۱۲) در صورت ارجاع یا معرفی مراجع به سایر مراکز درمانی حتما علت ارجاع را بیان نمائید. همچنین نتیجه مشاوره بایستی در پرونده ثبت گردد.

۱۳) صفحه ۳ در جدول مربوط به آزمایشات دو ستون در نظر گرفته شده است. ستون سمت چپ مربوط به آزمایشات درخواستی در مرحله اول است که نتایج هر آزمایشی در ستون جلوی آن ثبت می شود. در صورتیکه نیاز به آزمایش تکمیلی باشد در ستون مقابل (سمت راست) ثبت می شود. برای مثال چنانچه HBSAg فردی مثبت شد آزمایشات مرحله بعد یعنی HBSAb و را می توانید درخواست نمائید.

۱۴) از درخواست آزمایشات غیر ضروری و هزینه بردار جدا خودداری نمائید.
۱۵) با همکاری مسئول مرکز نگهداری زنان آسیب دیده سعی در جلب مشارکت و همکاری سایر مراکز درمانی ذیربط نمائید.

۱۶) باتوجه به نگهداری طولانی مدت اغلب مددجویان لازم است معاینات دوره ای به طور متوسط (ماهانه) توسط پزشک محترم مرکز انجام و در فرم معاینات دوره ای ثبت گردد.

مرکز بازپروری زنان آسیب
دیده اجتماعی

شماره پرونده:

بسمه تعالی

تاریخ:

سازمان بهزیستی کشور

استان:

معاونت امور اجتماعی

شهرستان:

دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

« فرم پزشکی »

* ویژگیهای کلی: نام و نام خانوادگی: سن: گروه

خونی:

* وضعیت تاهل: مجرد متاهل مطلقه سایر

* آیا در حال حاضر دچار بیماری خاصی باشد خیر (نام

بیماری.....)

* شکایت اصلی مراجع:

.....

* سوابق پزشکی:

ابتلاء به بیماری پوستی <input type="checkbox"/> خیر	سابقه بستری در بیمارستان <input type="checkbox"/> خیر	بیماری عفونی <input type="checkbox"/> خیر
بیماری قلبی - عروقی <input type="checkbox"/> خیر	سابقه زرد <input type="checkbox"/> خیر	اختلال خونی: بلی <input type="checkbox"/> خیر
بیماری ریوی: <input type="checkbox"/> خیر	سابقه صرع <input type="checkbox"/> خیر	سابقه بارداری <input type="checkbox"/> خیر
بیماری گوارشی <input type="checkbox"/> خیر	عفونت تناسلی - ادراری <input type="checkbox"/> خیر	سابقه سقط جنین <input type="checkbox"/> خیر
بیماری عضلانی - اسکلتی <input type="checkbox"/> خیر	تزریق خون: <input type="checkbox"/> خیر	مصرف سیگار <input type="checkbox"/> خیر
بیماری اعصاب <input type="checkbox"/> خیر	ضربه شدید به سر <input type="checkbox"/> خیر	مصرف الکل: بلی <input type="checkbox"/> خیر
مواد مخدر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر توضیح:		

<input type="checkbox"/> صرف د <input type="checkbox"/> بلی خیر توضیح:
حساسیت <input type="checkbox"/> بارو یا <input type="checkbox"/> بلی خیر توضیح:

* سابقه تجربه آزار در دوران کمذکی: بلی خیر (آزار جسمی آزاری جنسی آزاری روحی مسامحه)

تعداد بارداری : دفعات سقط: موارد مرده زدایی : تعداد فرزندان :

توضیح:

.....

.....

.....

.....

وضعیت بهداشت ردی : مناسب نامناسب (نیاز بهداشتی مورد نظر را ذکر نمائید:.....

.....

.....

آیا مددجو مبتلا به معلولیت می باشد؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن چه می:

گفتاری شنوایی بینا جسمی حرکتی ذهنی مختلف

(توضیح:.....)

سابقه هر گونه بیماری در اعضاء خانواده؟ بلی خیر (نام بیماری:.....

* معاینات فیزیکی:

وزن: قد: فشار خون: تعداد تنفس: تعداد نبض:

- ویژگیهای اختصاصی تشخیص هویت:

.....

- پوست و مو:

.....
.....

- سرو گردن (چشم ، گوش ، حلق و بینی):

.....

- قلب و عروق:

.....
.....

- سیستم تنفسی:

.....

- سیستم گوارشی:

.....

- عضلانی - اسکلتی:

.....

- نورولوژیک:

.....

.....

- تناسلی - اداری:

.....

* معاینات پزشکی قانونی معاینه ایمن : سالم ناسالم (توضیح:

.....)

معاینه نوس: سالم ناسالم (توضیح:

...../.....)

سایر معاینات:

.....

..

.....

.....

توضیحات:

.....
.....
.....
.....

* تشخیص اولیه: عدم وجود مشکل یا بیماری بیمار است (نام بیماری احتمالی:

.....)

* اقدامات لازم: معرفی جهت انجام آزمایش مشوره تخصصی اقدام درمانی

* ارجاع به: مراکز درمانی سایر مراکز

توضیح (توضیح علت):

.....
.....
.....

آزمایشات درخواستی:

.....
.....
.....

نتیجه و تفسیر آزمایش:

.....
.....
.....

نوع آزمایش	نتیجه	آزمایشات تکمیلی	نتیجه
C.B.C , diff			
F.B.S			
B.U.N			
HBSAg			
HIV			

Hsv			
Hpv			
Vaginal smear			
UIA & UIC			
Pregnancy test			
Tuberculin test			
Sputum culture For B.K			
سایر آزمایشات			

* سایر اقدامات تشخیصی :

.....

ابتلاء به عفون[□] اداری: دار[□] ندارد

ابتلاء به عفون[□] تناسلی: دار[□] ندارد (کاندیدا ، تریکومونا، گاردنلا، باکتریال ، Hsv .Hpv)

سایر موارد)

ابتلاء به عفونت انگلی: دار[□] ندارد (نوع انگل:

هیپاتیت: روسی: دار[□] ندارد

معلولیت جسمی: دار[□] ندارد (نوع معلولیت:

ابتلاء به لبر کولوز: دار[□] ندارد

ابتلاء به Aid: دار[□] ندارد (بدون لائتم بالینی ، همراه علائم بالینی)

بیماری پوستی: دار[□] ندارد (نوع بیماری:

باردار[□] فعلی: دار[□] ندارد (سن بارداری:

تشخیص نهائی :

.....

مهر و امضای پزشک مسئول:

پیوست

سازمان بهزیستی کشور
معاونت اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی کشور

دستورالعمل اجرایی

اجتماع درمان

مدار **TC**

در مراکز بازپروری زنان

فهرست عناوین

صفحه	عنوان
۲.....	مقدمه
۴.....	فصل اول: تعاریف
۶.....	فصل دوم: اهداف
۷.....	فصل سوم: ساختار اجرایی اجتماع درمان مدار زنان TC
۸.....	شرح وظایف کارکنان مرکز
۸.....	شرح وظایف سرپرست مرکز
۹.....	شرح وظایف گروه تشخیص و درمان
۹.....	شرح وظایف سرپرست تیم تشخیص و درمان
۹.....	شرح وظایف روانپزشک
۱۰.....	شرح وظایف مددکار اجتماعی
۱۱.....	شرح وظایف روانشناس بالینی
۱۱.....	شرح وظایف روانپرستار
۱۲.....	شرح وظایف کاردرمانگر
۱۲.....	شرح وظایف مربی حرفه آموزی
۱۲.....	فصل چهارم: روند اجرایی برنامه اجتماع درمان مدار زنان TC
۱۳.....	برنامه روزانه در اجتماع درمان مدار
۱۴.....	جلسات صبحگاهی
۱۵.....	جلسات شامگاهی
۱۶.....	گروههای کاری
۱۶.....	تشویق ها و تنبیه ها در TC
۱۹.....	مراحل درمانی در اجتماع درمان مدار

مقدمه

نظر به اجرای مفاد آیین نامه اجرایی مصوب هیئت وزیران به شماره ۶۰۶۱۵ /ت/۸۵/ مورخه ۷۱/۳/۳ در مورد دختران و زنان آسیب دیده و در معرض آسیب های اجتماعی، مسئولیت بازپروری به منظور اصلاح، بازتوانی و بازگشت به زندگی سالم اجتماعی به سازمان بهزیستی واگذار گردید و در این راستا دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی این وظیفه را برعهده گرفت و مبادرت به راه اندازی مراکز بازپروری زنان نمود.

اینک با توجه به لزوم بازنگری در روشهای قبلی و به کارگیری شیوه های جدید در بازپروری این افراد مقرر شد تا روشهای علمی موجود مورد بررسی قرار گیرد و از اینرو "اجتماع درمان مدار زنان TC" برای این منظور در نظر گرفته شد و با عنایت به مطالب فوق، "دستورالعمل اجتماع درمان مدار TC" زنان و دختران آسیب دیده و در معرض آسیب های اجتماعی" تهیه و تدوین گردید.

اجتماع درمان مدار، یک برنامه بازتوانی دراز مدت است که در ابتدا برای معتادان به کار رفته است اما در حال حاضر در سراسر دنیا برای افراد دارای مشکلات مختلف روانی - اجتماعی در مراکز اقامتی اجراء می شود. منظور از «اجتماع»، جمع مددجویان مقیم در مرکز است و منظور از «درمان مدار» آن است که خود این جمع شفاء دهنده و درمان کننده است. اجتماع درمان مدار متشکل از مقیمان و کارکنان مرکز است و این اجتماع از جهات بسیاری جانشین یک خانواده است آموزشگاهی برای زندگی در جامعه است که به افراد آموزش می دهد تا زندگی سالمی داشته باشند و اقدام به جرم و تخلف نکنند و ابزارهایی را نیز برای این منظور به دست می دهد.

در ایران به همت معاونت پیشگیری و امور فرهنگی سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹ سه دوره آموزشی در مورد «اجتماع درمان مدار» برای کارشناسان اعتیاد برگزار شد و در دی ماه ۱۳۸۰ اصفهان و تهران اجتماع درمان مدار معتادان تأسیس شد و به تدریج استانهای دیگر نیز این روش اقامتی را جایگزین بازپروری معتادین کردند.

دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی سازمان بهزیستی کشور نیز جهت اجرای TC در مراکز بازپروری زنان، در دی ماه و اسفند ماه ۱۳۸۰ دو دوره آموزشی برای کارشناسان این مراکز در تهران و استان مرکزی برگزار کرد و برخی استانها بویژه لرستان، روش TC را (به صورت ناکامل)

اجراء کردند لیکن دستورالعمل خاصی جهت این امر وجود نداشت. در آبان ماه ۱۳۸۲ نیز برای کارشناسان حوزه آسیب های اجتماعی که در دوره های قبلی شرکت نداشتند دوره آموزشی دیگری در شهرستان مشهد برگزار شد. دستورالعمل حاضر به این منظور تهیه شده است تا کمک کند که این روش برای بازپروری دختران و زنان آسیب دیده و در معرض آسیب مقیم در مراکز حوزه آسیب های اجتماعی به کار رود.

فصل اول : تعاریف

(۱) **مراکز بازپروری زنان آسیب دیده اجتماعی** : به مراکزی اطلاق می شود که طبق وظایف قانونی محوله، دختران و زنان در معرض آسیب و آسیب دیده اجتماعی را به صورت شبانه روزی نگهداری می کنند و از طریق ارائه خدماتی نظیر مددکاری اجتماعی، روانشناسی و آموزشهای مختلف، زمینه های بازگشت به زندگی سالم را از طریق پیوند مجدد با خانواده، آموزش و ایجاد اشتغال و کسب درآمد مشروع، ازدواج و تشکیل خانواده فراهم آورده و در تأمین حداقل نیازهای اقتصادی و حل مشکلات، آنان را یاری می نماید.

(۲) **دختران و زنان در معرض آسیب های اجتماعی** : به دختران و زنانی اطلاق می شود که به دلایلی چون متشنج بودن خانواده، اغفال و ... از کانون خانواده فرار نموده یا در اثر اختلاف و سوء تفاهم از خانواده رانده شده، فاقد سرپرست یا سرپرستی مؤثر بوده و آمادگی و درایت اجتماعی و روانی لازم و یا توان کافی اقتصادی برای زندگی مستقل را نداشته و احتمال آسیب پذیری و مبادرت آنان به روابط جنسی نامشروع وجود دارد. در این دستورالعمل، به جای این عبارت از اصطلاح "مقیم" یا "مقیمان" استفاده می شود.

(۳) **دختران و زنان آسیب دیده اجتماعی** : به دختران و زنانی اطلاق می گردد که از طریق ایجاد روابط نامشروع کسب درآمد و گذران معیشت می کنند و یا به رغم مبادرت به روابط جنسی نامشروع، از این عمل انگیزه کسب درآمد ندارند. در این دستورالعمل، به جای این عبارت از اصطلاح "مقیم" یا "مقیمان" استفاده می شود.

(۴) **اجتماع درمان مدار** : یک مدل بازتوانی روانی اجتماعی است که متشکل از کارکنان و مقیمان مرکز است و در آن بر نقش محوری افراد آن اجتماع در بهبودی شان تأکید زیادی می شود. در کشورهای مختلف جهان این مدل بازتوانی برای افراد دچار معضلات مختلفی اجراء می شود از جمله اعتیاد، اختلال شخصیت مرزی و ... اما در این دستورالعمل، منظور از آن، اجتماع درمان مدار ویژه زنان و دختران آسیب دیده و در معرض آسیب های اجتماعی است.

(۵) **TC** : همان اجتماع درمان مدار است و از حروف اول **Therapeutic Community** گرفته شده است که به معنی جمعی از افراد است که خود آن جمع،

درمان کننده می باشد.

۶) **تیم تشخیص و درمان** : متشکل از روانشناسان، مددکاران، پزشک، روانپزشک، روانپرستار، کاردرمانگر، مشاور حقوقی و مراقب می باشد که در مرکز TC به کار مشغولند.

۷) **مقیم** : به کلیه خدمت گیرندگانی گفته می شود که در یک مرکز بازپروری پذیرش شده و در آن مرکز زندگی می کنند.

۸) **رتبه** : جایگاه یک مقیم در مرکز و جمع امتیازهایی است که هر مقیم در اجتماع درمان مدار به دست می آورد و منجر به ارتقای آن مقیم در مرکز می شود. در اجتماع درمان مدار زنان، پایین ترین رتبه ۵ و بالاترین رتبه ۱ است.

۹) **مدیر مقیمان** : یکی از مقیمان مرکز اجتماع درمان مدار است که از طریق رفنارشایسته و کسب امتیاز از رتبه ۵ به رتبه ۱ می رسد و ارشد کل مقیمان می شود و مدیریت مقیمان دیگر را برعهده می گیرد.

۱۰) **گروه های کاری** : جمعی از مقیمان هستند که مسئولیت انجام وظایف خاصی را در مرکز اجتماع درمان مدار برعهده دارند مانند گروه آشپزخانه، گروه نظافت، گروه فرهنگی - ورزشی، گروه انتظامات.

۱۱) **گروه های رویاروی** : جلسات گروه درمانی است که هر روز در مرکز اجتماع درمان مدار برگزار می گردد و شامل حداقل ۵ و حداکثر ۱۵ مقیم می شود. در این جلسات، افراد مقیم در مورد مسایلی که به طور روزمره در مرکز رخ می دهد، به طور مستقیم اما بدون خشونت برخورد می کنند.

فصل دوم : اهداف

هدف کلی از اجرای روش اجتماع درمان مدار، ارتقای سطح کیفیت مراکز بازپروری زنان است زیرا این نیاز احساس می شد که برای بازپروری و بازگرداندن دختران و زنان آسیب دیده و در معرض آسیب به جامعه بهتر است از روشهای علمی و نوین استفاده شود.

اهداف جزئی روش اجتماع درمان مدار عبارتند از :

- کسب مهارتهای مفید اجتماعی: مقیمان در مرکز TC مهارتهای اجتماعی لازم برای زندگی را که قبلاً نیاموخته اند یا از دست داده اند را می آموزند و تمرین می کنند.
- حذف عقاید ضداجتماعی : اقدام کردن به اعمال شایسته و سازگارانه در مرکز، خودبخود باعث می شود تا عقاید و نظرات ضد اجتماعی کمرنگ شود و سازگاری با جامعه و افکار سالم جایگزین آنها شود.
- ایجاد صداقت فردی : در TC به راستگویی و صداقت، بهای زیادی داده می شود و مقیمان عادت می کنند که دروغ نگویند و راستگو باشند.
- پرهیز از رفتارهای غیرقانونی : در مرکز اجتماع درمان مدار، مقیمان می آموزند که نه تنها رفتارهای نامناسبی که باعث ارجاع آنان به مرکز شده را ترک گویند بلکه حتی المقدور از کلیه رفتارهای غیرقانونی پرهیز کنند.

فصل سوم : ساختار اجرایی اجتماع درمان مدار

اجتماع درمان مدار از مقیمان و تیم تشخیص و درمان تشکیل می شود.

رسیدن به اهداف TC نیاز به ساختاری دارد که نه تنها زمینه لازم را برای تغییر فراهم می آورد بلکه تسهیل کننده این تغییر نیز هست. اجتماع درمان مدار دارای یک ساختار سلسله مراتبی است که از کارکنان و متخصصین نسبتاً محدود و بیماران مقیم در سطوح مخالف زیر تشکیل می گردد: تازه واردین^۱، رده های میانی^۲ و ارشدها^۳. انجام امور مربوط به اجتماع (TC)، وظیفه افراد مقیم محسوب می شود و با نظارت پرسنل انجام می گیرد. اینکه هرکس چه کاری را انجام می دهد، بر اساس یک سلسله مراتب مشخص تنظیم می شود و بالا رفتن به سطوح عالی این سلسله مراتب از راه پیشرفت درمانی و مولد بودن، امکان پذیر است.

بیماران در این ساختار سلسله مراتبی یاد می گیرند که مثبت واقع شوند و با رفتارهای مثبت پاداش می بینند و ارتقاء می یابند و با کسب مهارتها و آداب اجتماعی، مسؤولیت پذیری، همکاری و بلوغ را می آموزند و یاد می گیرند که چگونه در اجتماع بزرگتر مشارکت داشته باشند. اگر چه اجتماع درمان مدار خصوصیات مشترکی با سایر اجتماعات مانند مدرسه، زندان و سربازخانه و برخی مؤسسات دارد ولی ساختار آن بیشتر شبیه خانواده های گسترده، روستا و حتی مدینه فاضله است و در هر صورت ویژگی های خاصی دارد که آن را از سایر اجتماعات متمایز می کند و همین ویژگی است که منجر به تغییر فرد می گردد.

مقیمان تازه وارد در بدو ورودشان در سلسله مراتب TC رتبه ۵ را دارند و در گروه نظافت قرار می گیرند و به مرور زمان و با نشان دادن رفتارهای مثبت به تدریج به مراتب بالاتر و گروه های آشپزخانه، فرهنگی ورزشی، انتظامات، ... و در نهایت به مدیریت مقیمان دست می یابند و رتبه های ۴، ۳، ۲، و ۱ را احراز می کنند. ارشدها در TC رتبه ۲ هستند و مدیر مقیمان TC در رتبه ۱ قرار دارد. گذشت زمان و تشویق ها و تنبیه ها در تغییر رتبه مقیمان تأثیر دارد.

¹ Juniors

² Intermediates

³ Seniors

پرسنل اجتماع درمان مدار

پرسنل مرکز اجتماع درمان مدار زنان شامل سرپرست مرکز، تیم تشخیص و درمان و کادر اداری می باشد. تیم تشخیص و درمان، شامل: ۱- مددکار اجتماعی ۲- روانشناس بالینی ۳- روانپزشک ۴- روانپرستار ۶- کاردرمانگر ۷- مربی حرفه آموزی است.

کادر اداری شامل: ۱- متصدی امور دفتری و بایگانی ۲- آشپز ۳- نگهبان ۴- راننده ۵- کارپرداز ۶- انباردار است.

(استانها در صورت نیاز می توانند با هماهنگی دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی مواردی را به تشکیلات مرکز اضافه نمایند).

شرح وظایف کارکنان مرکز

سرپرست مرکز: باید حداقل کارشناس روانشناسی، مددکاری اجتماعی، مشاوره یا خدمات اجتماعی باشد و با مقررات سازمان بهزیستی و طرح "اجتماع درمان مدار" آشنایی داشته باشد. وظایف مسوول مرکز به شرح زیر است:

- رعایت و نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل ها، مقررات، و بخشنامه ها.
- نظارت بر فعالیتهای کارکنان مرکز.
- تهیه و تنظیم بودجه مرکز.
- نظارت بر امور مالی و اداری مرکز.
- ارتباط مستمر با ستاد بهزیستی استان و مراکز مربوط دیگر.
- نظارت بر تدارکات، تجهیزات و تعمیرات در مرکز.
- شرکت در جلسات تیم تشخیص و درمان.
- شرکت در حداقل نیمی از جلسات صبحگاهی و شامگاهی.

شرح وظایف گروه تشخیص و درمان

سرپرست مرکز از میان کارشناسان تیم تشخیص و درمان یک نفر را به عنوان سرپرست گروه، انتخاب می کند تا هدایت گروه و جلسات آن و برنامه ریزی برای خدمت گیرندگان را بر عهده بگیرد. برای هر مددجو نیز یک مددکار اجتماعی یا روانشناس بالینی به عنوان "سامان ده" Case Manager مشخص می شود تا کلیه امور وی را پی گیری نماید.

سرپرست گروه تشخیص و درمان

سرپرست تیم، معاون مرکز محسوب می شود و باید از میان روانشناسان یا مددکاران انتخاب شود. وظایف وی به شرح زیر است :

- انجام وظیفه زیر نظر رییس مرکز.
- نظارت بر عملکرد پرسنل درمانی و ارشدها و مدیر .
- نظارت بر سیر درمان افراد مقیم.
- نظارت بر کلیه جلسات درمانی، آموزشی و کاری.
- شرکت در جلسات گروه درمانی.
- شرکت در حداقل نیمی از جلسات صبحگاهی.
- تشکیل جلسه با تیم تشخیص و درمان حداقل هفته ای یک بار.
- سایروظایف مرتبط با سرپرستی تیم تشخیص و درمان و حوزه تخصص خود.

روانپزشک

روانپزشک باید دکترای تخصصی روانپزشکی داشته باشد. در TC حتی الامکان باید از تجویز دارو برای مقیمان و در اختیار قرار دادن دارو برای آنان باید خود داری کرد. وظایف روانپزشک مرکز به شرح زیر است :

- انجام وظیفه زیر نظر رییس و سرپرست تیم تشخیص و درمان.
- مصاحبه با مقیمان جدید جهت تعیین وضعیت روانی آنان.
- ویزیت روزانه و رواندرمانی مددجویانی که نیاز به خدمات روانپزشک دارند.
- حضور در جلسات تیم درمان و برنامه ریزی طرح درمانی هر مقیم با همکاری سایر اعضای تیم.
- شرکت در جلسات گروه درمانی و هدایت آنها.

- تدریس به مددجویان در زمینه های مربوط به روانپزشکی و روانشناسی و مواردی مانند بهداشت روانی.
- سایر وظایف محوله مرتبط با روانپزشکی.

مددکار اجتماعی

باید حدّ اقلّ دارای مدرک کارشناسی مددکاری اجتماعی یا علوم اجتماعی با گرایش خدمات اجتماعی و یا رفاه اجتماعی باشد. در استانهای محرومی که این تخصص ها وجود ندارد، می توان از گرایش های دیگر علوم اجتماعی یا روانشناسی استفاده کرد. وظایف مددکار اجتماعی به شرح زیر است :

- مصاحبه اولیه با مددجو و تشکیل پرونده و تکمیل فرم پذیرش مددکاری.
- مصاحبه با خانواده خدمت گیرندگان و بازدید از منزل در صورت نیاز و همچنین فراهم نمودن زمینه بازگشت مددجو به خانواده و جامعه.
- شرکت در جلسات گروه درمانی و هدایت آنها در کنار روانشناس بالینی.
- ثبت مشاهدات در مورد روند بهبودی مددجویان در فرم های مخصوص.
- شرکت در جلسات تیم تشخیص و درمان.
- ارائه راهکار برای ارتقای کیفی مرکز و بهبود برنامه های درمانی مددجویان.
- شرکت در جلسات بامدادی و شامگاهی.
- هماهنگی با اعضای دیگر تیم تشخیص و درمان.
- پی گیری وضعیت مددجو پس از ترخیص و درج آخرین اطلاعات در پرونده وی.
- کمک به مددجو در یافتن کار مناسب.
- همکاری در برنامه ریزی و اجرای تفریحات و گردش های خارج از مرکز مددجویان.
- تدریس به مددجویان در زمینه های مربوط به مددکاری و مواردی مانند مهارتهای زندگی و بهداشت روانی.
- برنامه ریزی و اجرای فعالیتهای گروهی با موافقت تیم تشخیص و درمان.
- "سامان دهی " Case Management امور تشخیصی و درمانی و امور دیگر مددجویانی که پرونده آنها به مددکار واگذار شده است.

روانشناس بالینی

باید کارشناس ارشد روانشناسی بالینی باشد. در استانهای محرومی که امکان به کارگیری آنها نیست می توان از کارشناس ارشد مشاوره استفاده نمود و در صورت نبودن این تخصص نیز می توان از کارشناس روانشناسی بالینی استفاده نمود. وظایف روانشناس بالینی به شرح زیر است :

- مصاحبه اولیه با مددجو و تکمیل فرم پذیرش روانشناسی.
- مصاحبه با خانواده مددجویان و خانواده درمانی.
- هدایت گروههای درمانی.
- ثبت مشاهدات در مورد روند بهبودی مددجویان در فرم های مخصوص.
- شرکت در جلسات تیم تشخیص و درمان.
- شرکت در جلسات بامدادی و شامگاهی
- هماهنگی با اعضای دیگر تیم تشخیص و درمان.
- تدریس به مددجویان در زمینه های مربوط به روانشناسی و مواردی مانند مهارتهای زندگی و بهداشت روانی.
- اجرای آزمونهای روانشناختی مانند MMPI-2 و آزمون هوشی و کسلر.
- مشاوره و رواندرمانی فردی.
- "سامان دهی " Case Management امور تشخیصی و درمانی و امور دیگر مددجویانی که پرونده آنها به روانشناس واگذار شده است.

روان پرستار

- پرستار مرکز باید حداقل دارای لیسانس پرستاری باشد. وظایف پرستار مرکز به شرح زیر است :
- انجام وظیفه زیر نظر سرپرست تیم تشخیص و درمان.
 - اقدام تخصصی در مواقع اورژانس و بحران از قبیل آژیته (پریشان) بودن مددجو و جراحی ها.
 - تزریقات در صورت لزوم.
 - هماهنگی و همکاری با پزشک و روانپزشک و مراکز درمانی.
 - نظارت بر وضعیت بهداشت و نظافت مرکز.

- شرکت در جلسات تیم تشخیص و درمان.
- نظارت بر دریافت و مصرف احتمالی دارو توسط مقیمان.
- ثبت مشاهدات در مورد روند بهبودی مددجویان در فرم های مخصوص.
- شرکت در جلسات بامدادی و شامگاهی.
- تدریس به مددجویان در زمینه های مربوطه مانند بهداشت و پیشگیری از بیماری ها.
- سایر وظایف مرتبط با حرفه پرستاری.

کاردرمانگر

باید حداقل دارای مدرک کارشناس کاردرمانی باشد. وظایف وی به شرح زیر می باشد :

- انجام وظیفه زیر نظر سرپرست تیم تشخیص و درمان.
- تشکیل گروههای کاردرمانی و نظارت بر آنها.
- ارزیابی مقیمان و تشخیص مشکلات آنان و برنامه ریزی برای اقدامات کاردرمانی برای آنها.
- شرکت در جلسات تیم درمان.
- شرکت در جلسات گروههای کاری مقیمان.
- سایر وظایف مرتبط با کاردرمانی.

مربی حرفه آموزی

مربی حرفه آموزی، حرفه هایی که خود در آنها تبحر دارد از قبیل خیاطی، ماشین نویسی، هنرهای دستی و ... را به مقیمان می آموزد تا آنان بتوانند از طریق این مشاغل و حرف، درآمد کسب کنند.

وظایف وی به شرح زیر می باشد :

- انجام وظیفه زیر نظر سرپرست تیم تشخیص و درمان.

فصل چهارم : روند اجرایی اجتماع درمان

روش اجتماع درمان مدار، در مراکز بازپروری زنان و با امکانات موجود آنها اجراء می شود.

برنامه روزانه در TC

یک روز عادی در اجتماع درمان مدار معمولاً از ۷:۰۰ بامداد شروع می شود و در ۱۱:۰۰ شب پایان می پذیرد و شامل فعالیت های کار جمعی، جلسات مختلف (Meetings)، گروههای درمانی، مشاوره فردی و تفریحات است. در اجتماع درمان مدار برای همه ۲۴ ساعت شبانه روز برنامه ریزی می شود و همه فعالیتها و امور در غالب برنامه ریزی اعلام شده انجام می شود. برنامه های TC را می توان در پنج مقوله زیر خلاصه کرد: کار، تفریح و بازی، رفتار، احساس و تفکر.

در TC کار کردن به عنوان یک فرایند آموزشی و درمانی دیده می شود. چهار شکل فعالیت گروهی شامل این موارد است: گروههای رویاروی، جلسات صبحگاهی، گروههای درمانی دیگر و کلاسهای آموزشی.

نمونه ای از برنامه روزانه در TC زنان به شرح زیر می باشد:

فعالیت روزانه مقیمان	ساعت
بیداری و نظافت شخصی (تهیه صبحانه توسط گروه آشپزخانه)	۷/۰۰
صرف صبحانه	۷/۳۰
اجرای جلسه صبحگاهی	۸/۰۰
کار در اجتماع	۹/۰۰
گزارش عملکرد کار در اجتماع	۱۰/۳۰
کلاس آموزشی	۱۱/۰۰
ناهار و نماز	۱۲/۰۰
استراحت	۱۳/۰۰
جلسه گروه رویاروی	۱۴/۰۰
استراحت	۱۵/۱۵
کار در اجتماع	۱۵/۳۰
گزارش عملکرد کار در اجتماع	۱۶/۳۰
سمینار	۱۷/۰۰
استراحت و امور شخصی	۱۸/۰۰
جلسه شامگاهی	۲۰/۰۰
استراحت	۲۰/۳۰
خواب	۲۳/۰۰

جلسات صبحگاهی Morning Meeting

این جلسات هر روز صبح برگزار می گردند.

هدف :

- آغاز کردن روز به شکل مثبت
- به بحث گذاردن موضوعات مشترک
- حل کردن برخی از مشکلات
- بالا بردن حسن جمع گرایی

در اجتماع درمان مدار، کلّ اجتماع، پیش از آنکه کار را آغاز کنند، به دور هم جمع می شوند. این نشست، به اجتماع انرژی می دهد.

ساختار:

اگر چه این نشست معمولاً جلسه صبحگاهی (نشست بامدادی) نامیده می شود اما می توان زمانی این نشست را برگزار نمود که آغاز طبیعی روز یا کار اتفاق می افتد. در مواقعی که مقیمان برای رفتن به مدرسه یا کار، از مرکز زود خارج می شوند، می توان این جلسه را در ساعتهای دیگر روز اجراء کرد که اکثر افراد خانواده در «خانه» هستند.

طول مدت جلسه بنا بر نیازها و محدودیتهای اجتماع درمان مدار متغیر است اما این جلسه هر روز برگزار می گردد و توسط مقیمان ارشد هدایت می شود. مقیمان دیگر ممکن است کارهای دیگر جلسه مانند آداب شروع جلسه، گفتن اخبار و گزارش وضع آب و هوا و ... را انجام دهند. موضوع مهم دیگر این است که این نشست یکی از عناصر همیشگی و پیوسته آیین زندگی در این اجتماع است.

قواعد :

- تأکید بر «اینجا و اکنون».
- در هر زمان فقط یک نفر صحبت می کند.
- افراد فقط در باره خودشان حرف می زنند.
- به تکلیف یا موضوع مورد بحث باید توجه کرد.

شکل جلسه :

ممکن است با توجه به نیاز های اجتماع درمان مدار و محدودیت های زمانی، شکل و قالب جلسه متفاوت باشد. شکل معمولی جلسه اینگونه است :

بیان مسایل اجتماعی : اعضاء در مورد مسایل اجتماع خود یا موقعیت هایی که باعث نگرانی آنها شده گفتگو می کنند. این مسایل می تواند موضوعات شخصی باشد که فرد می خواهد با اجتماع در میان بگذارد تا بازخورد یا حمایت دریافت کند یا ممکن است موارد بین فردی باشد که به مسایل درون اجتماع TC یا موارد مربوط به بیش از یک نفر باشد.

آگاهی اجتماعی : اتفاقاتی که در جامعه بزرگتر رُخ داده است بیان می شود مانند اخبار سیاسی، اجتماعی و وقایع جهان و گزارش آب و هوا.

تدبیر برای روز : فکریایی برای اجتماع در مورد رشد فردی و حل مسئله ارائه می شود و مورد بحث قرار می گیرد.

روحیه دادن : یک فعالیت گروهی برای انرژی دادن به اعضاء که در روز قبل برنامه ریزی شده اجراء می شود مانند آواز خواندن، بازی یا فعالیت های دسته جمعی دیگر.

مشاهده فرایند : یک یا دونفر انتخاب یا تعیین می شوند اما هدف اصلی شان مشاهده فرایند گروه است. آنها به این موضوع توجه می کنند که وقایع در گروه چگونه رُخ می هند نه اینکه فقط ببینند که چه رُخ می دهد. مثلاً :

- بیشتر گفتگوها را چه کسی در مورد موضوعات داشت؟
- چه زمانی در مورد مسئله خاصی گفتگو شد و چه زمانی سکوت حاکم شد؟(مثلا اعضاء برای ۱۰ دقیقه ساکت بودند).
- تغییرات خلق و خوی افراد و تفسیر علت آنها (مثلا «همه تنش داشتند. مریم یک لطفه گفت و همه آرام شدند. تفسیر من این است که مریم می خواست تنش افراد را از بین ببرد»).

در پایان جلسه، مشاهده گر(ان) گزارش مختصری از یادداشت های خود به اجتماع ارائه می دهند (البته نه کلمه به کلمه). علت آن این است که در گروه یا اجتماع، تعداد زیادی از رویدادها با توصیف صرف محتوای جلسه معلوم نمی شود. به این دلیل از مشاهده فرایند استفاده می شود تا این انرژی بیان نشده آشکار شود و بر عناصری که اعمال را تسهیل یا بازداری می کنند تمرکز شود. مراسم اختتام جلسه : یک فعالیت جمعی است که اعضاء جامعه در آن همکاری می کنند و نشان دهنده پایان جلسه است.

جلسه شامگاهی

در بسیاری از اجتماع های درمان مدار، روزها اینگونه پایان می یابد که اعضاء اجتماع، دوباره دور هم جمع می شوند تا به هم نزدیک شوند و درمورد فعالیت های روزی که گذشته گفتگو کنند و

برای روز بعد برنامه ریزی کنند. اگر چه هدف های این جلسه مانند جلسه بامدادی است اما به اندازه آن طولانی نیست. نشست شامگاهی نیز به دست مقیمان ارشد اداره می شود.

شکل و ساختار جلسه : قالب آن بستگی زیادی به نیازهای اجتماع و زمان موجود دارد. این نشست، بسیاری از عناصر نشست بامدادی مانند آداب دور هم جمع شدن، کارهای جمعی، موضوعات جمعی و مراسم اختتام را دارد. در این جلسه همچنین اعضایی که قرار است ترخیص شوند، گزارش می دهند که این اجتماع چگونه توانسته است «آداب زندگی درست» را در آنان تقویت کند. این نشست فرصتی برای پرداختن به کارهای جمعی و موضوعات جمعی، دادن تکلیف، خواندن اطلاعیه ها و مشاهده فرایند را به دست می دهد.

گروههای کاری

شامل تعدادی از مقیمان است که وظایف خاصی را در اجتماع (TC) بر عهده دارند و در ساعاتی مربوط به برنامه کار در اجتماع، آن وظایف را در گروه مربوطه انجام می دهند و یکی از ارشدهای مقیم که رتبه ۲ یا ۳ را دارد، مسؤولیت گروه را به عهده دارد. این گروهها شامل گروه آشپزخانه، گروه انتظامات، گروه نظافت، گروه فرهنگی - ورزشی و ... است. پس از انجام کار در اجتماع که ممکن است یک یا چند بار در روز انجام شود، در جلسه ای که همه مقیمان حضور دارند، در جلسه ای که همه مقیمان حضور دارند، ارشد هر گروه گزارشی از فعالیتهای انجام شده روزانه ارائه می کند.

تشویق ها و تنبیهات

تأیید اجتماعی به شکل حمایت مثبت همتایان و تشویق های کلامی، و عدم تأیید به شکل انتقاد و اصلاح به طور روزمره در TC اتفاق می افتد.

تشویق ها : تشویق ها پاداشهای آشکاری هستند که برپایه تغییرات فرد در رفتارها و نگرشهایش و همچنین پیشرفت های کلی اش در برنامه اوسط کارکنان و ارشدها به او داده می شود. تشویق ها از جمله آشکارترین نشانه های تحرک و موفقیت در جامعه کوچک TC هستند.

پاداش ها برای بالا بردن «جامعه پذیری و رشد فردی» به کار می روند. سیستم پاداش در TC به مقیمان می آموزد که مشارکت موگد داشتن در اجتماع برپایه «به دست آوردن» است نه «استحقاق داشتن». عزت نفس با تلاش شخصی به دست می آید نه به استحقاق داشتن.

این پاداش ها اگرچه ارزش مادی کمی دارند اما نمادی عینی از وضعیت در اجتماع و خود مختاری شخصی است. پاداشهایی از قبیل بالارفتن رتبه، تغییر در سلسله مراتب (از تازه وارد به ارشد) و بیشتر شدن مرخصی ها بیانگر تغییرات در وضعیت اجتماعی است.

انواع تشویق ها در TC :

- تشویق کلامی به صورت رسمی یا غیررسمی، کتبی یا شفاهی (Push up)
- اجازه خرید کردن برای مرکز.
- اجازه نگهداری وسایل شخصی
- اولین اجازه مرخصی
- اجازه نوشتن نامه (با نظارت مشاور یا مددکار)
- تغییر شغل از نظافت به آشپزخانه
- ترک مرکز بدون داشتن همراه
- استفاده از تلفن
- هدایت گروههای رویاروی
- معاف شدن از برخی فعالیتها (بجز کلاس ها و گروههای درمانی)

تنبیه ها : اصطلاح تنبیه در برگیرنده همه شکل های عدم تأیید برای رفتارها و نگرشهایی است که با انتظارات اجتماع درمان مدار همخوانی ندارد. در دیدگاه و رویکرد TC اصلاحات کلامی راه اصلی درگیر کردن همتایان در اداره این اجتماع است. همتاها در تعامل روزانه شان همه رفتارها و نگرشهایی را که با زندگی درست و بهبودی ناهمخوان است را زیر ذره بین قرار می دهند. تنبیهات ممکن است رسمی باشند و اکثراً توسط همتایان و «در همان لحظه» وقوع رفتار و خودبخودی ارائه شوند.

ابزارهای تنبیهی برای متوقف کردن رفتارهای خاص و ایجاد تغییر هستند و به هیچ وجه جهت توهین و تحقیر و تمسخر به کار نمی روند و هدف از آنها این است که فرد بداند رفتارش چگونه او را از هدف زندگی مولد و سالم دور می سازد.

تنبیهات ممکن است به صورت غیررسمی و خودجوش ارائه شود که معمولی ترین شکل آن توسط مقیمان "در همان لحظه" رخ دادن رفتار صورت می گیرد اما تنبیهات رسمی، تعاملات طراحی شده ای هستند که در موقعیت خاصی توسط مقیمان و کارکنان ارائه می شود.

انواع تنبیهات در TC:

تذکر شفاهی: Verbal pull up

نوعی سرزنش و توبیخ کلامی است که می تواند توسط همتایان، ارشدها یا کارکنان اجراء شود. تذکر شفاهی برای بالابردن آگاهی از یک رفتار یا نگرش منفی است که برخلاف اصول زندگی درست اجتماع می باشد.

تذکر، فرد و رفتار خاصی را با استفاده از یک روش مناسب مخاطب قرار می دهد. برای نمونه: «مریم! من می خواهم به تو تذکر بدهم که برای انجام کار در اجتماع دیر آمدی»

تذکر کتبی: Writen Pull up

تذکر کتبی، یک تکه کاغذ نوشته شده است که آگاهی افراد را از رفتار یا نگرش منفی یک عضو اجتماع افزایش می دهد. این تذکرات می تواند توسط همتایان، ارشدها یا کارکنان مرکز داده شود. تذکر کتبی گاهی در جلسه صبحگاهی خوانده می شود و گاهی به تابلوی عمومی نصب می شود.

اصلاح: Haircut

شدیدترین تنبیه کلامی است و توسط کارکنان مرکز به سبب تکرار یک رفتار یا نگرش منفی اجراء می گردد. در این مورد مقیم مورد نظر به دفتر کارکنان فراخوانده می شود تا با همتایان و کارکنان، روبرو شود و در جلوی آنها ساکت می ایستد و آنها حدود ۵ دقیقه با او صحبت می کنند و حتی گاهی شدیدتر برخورد می کنند. فرد یا افراد مورد نظر چیزی نمی گوید و با سکوت و احترام گوش می کند و پس از توبیخ از اتاق خارج می شود.

نشست عمومی: Generel Meeting

این جلسه برای پاسخ به رفتارهایی است که جداً برای اجتماع (TC) خطرناک است مانند اقدام به خشونت، مصرف مواد و مواردی که در اجتماع به عنوان «بحران» مطرح می شود، اجراء می گردد. پیامد های این نشست شامل موارد زیر است: جبران رفتار، تغییرات شخصی، حرکت مثبت و پیوند مجدد با اجتماع.

البته نشست عمومی همیشه برای اجرای تنبیه نیست بلکه در مورد اتفاقات مهم و تصمیم گیری های بزرگ نیز جلسه عمومی می تواند تشکیل شود. پیشنهاد تشکیل جلسه عمومی معمولاً از سوی

مدیر مقیمان یا تیم تشخیص و درمان مطرح می‌گردد. در این جلسه همه اعضای اجتماع درمان مدار و کارکنان شرکت می‌کنند. در این نشست، شوخی و خنده وجود ندارد. همه اعضا تا پایان جلسه حضور دارند. در ابتدا کارکنان، مقیمان ارشد یا خود قانون شکنان، هدف جلسه را بیان می‌کنند.

سپس از مقیم یا مقیمان مشکل دار خواسته می‌شود تا با مقیمان دیگر و کارکنان روبرو شوند و قانون شکنی خود را بیان کنند و بدون پاسخ به واکنش های اجتماع فقط گوش کنند. مقیمان دیگر به طور داوطلبانه می‌ایستند و با همه مقیمان یا با مقیمان مشکل دار، به شیوه ای که احساسات آنها را برانگیزد صحبت می‌کنند و از آنها با خشم سوال می‌کنند.

مراحل درمانی در اجتماع درمان مدار TC

در TC چهار مرحله درمانی وجود دارد :

جهت یابی،

درمان اولیه،

آمادگی برای ترخیص

ترخیص و پی گیری

مرحله جهت یابی،

طول مدت این مرحله از یک هفته تا چهار هفته می‌باشد.

هدف این مرحله بررسی وضعیت مددجو در ابعاد مختلف روانی، اجتماعی، بهداشتی، حقوقی و است تا زمینه تهیه طرح درمان برای مددجو فراهم شود و همچنین مراجع، با شرایط محیطی این اجتماع آشنا شود. در این مرحله، فرم های مددکاری، روانشناسی و بهداشت برای مراجع پُر می‌شود تا پرونده وی تکمیل شود و در صورت نیاز توسط روانشناس بالینی بر روی وی آزمونهای روانشناختی اجراء می‌شود و مددکار اجتماعی از محل زندگی قبلی او بازدید می‌کند. پس از تکمیل پرونده، مراجع با همکاری «سامان ده» (Case Manage) خود اقدام به تهیه یک طرح درمانی می‌کند. در این طرح، جنبه های مختلفی که باید در مورد آنها کار و اقدام شود مشخص می‌شوند تا بعداً بیشتر بررسی شوند.

در این مرحله به فرد پایین ترین رتبه داده می شود که رتبه ۵ است و در گروه نظافت قرار می گیرد و تکالیف مربوط به آن را انجام می دهد. فرد در این مرحله در نشست های بامدادی و گروه های رویاروی شرکت می کند.

مرحله درمان اولیه :

- طول مدت این دوره از سه ماه تا نه ماه است.
در این مرحله اقدامات درمانی انفرادی و گروهی انجام می گیرد و کلاسهای آموزشی مختلف برگزار می گردد. در مورد این جلسات در قسمتهای دیگر توضیح داده می شود.

مرحله آمادگی برای ترخیص :

- طول مدت این دوره از دو ماه تا هشت ماه است.
در این مرحله که «پیوند مجدد با اجتماع» نیز نامیده می شود، مددجو از طریق آزادی بیشتر در رفت و آمد خارج از مرکز، جلسات مختلف و ... برای ترخیص شدن به شکل ازدواج، تحویل داده شدن به خانواده یا اقوام، کاریابی و مستقل شدن آماده و نهایتاً ترخیص می شود.

مرحله ترخیص و پی گیری :

- طول این دوره از هنگام ترخیص تا یک سال بعد از ترخیص می باشد.
- در این مرحله مددجو ترخیص می شود و پس از آن از طریق واحد مددکاری، پی گیری صورت می گیرد. این پی گیری به صورت بازدید مددکار و تماس تلفنی و مراجعه مددجو به مرکز و شرکت در گروههای مخصوص ترخیص شدگان است
ر بازدید از محل کار و هر هفته یک بار تماس موفق تلفنی است.
از ۶ ماه تا یک سال پس از ترخیص، پی گیری شامل هر ماه یک تماس تلفنی از سوی مرکز و شرکت هر دو هفته یک بار مددجو در گروه مخصوص ترخیص شدگان است. مددجو تا یک سال پس از ترخیص، در صورت نیاز به استفاده از خدمات مشاوره مرکز می تواند از این خدمات استفاده کند. پرونده مددجو نیز تا یک سال پس از ترخیص مفتوح است و پی گیری ها در آن باید ثبت شود.

لازم به ذکر است شرایط و نحوه ترخیص مقیمان برطبق آیین نامه برنامه بازپروری زنان بهزیستی کشور خواهد بود.