

به نام خدا
سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

**دستورالعمل اجرایی مرکز حمایت و توانمندسازی زنان
آسیب دیده اجتماعی**

(راه نوین)

۱۳۹۶

تدوین کنندہ :

فرزانہ خاکی صدیق - کارشناس دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

با همکاری:

روح انگیز کاوسی - کارشناس دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

اشرف رضایی - کارشناس دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

با تشکر از:

آقای دکتر حبیب الہ مسعودی فرید - معاون امور اجتماعی

خانم دکتر فریبا درخشان نیا - مدیر کل وقت دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

آقای دکتر رضا جعفری - مدیر کل دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

آقای مجید ارجمندی - معاون دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

فرانک ایمانی - رئیس گروہ امور آسیب دیدگان اجتماعی

فرزانہ امیر یزدانی - رئیس گروہ مطالعہ و برنامه ریزی اورژانس اجتماعی دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

خانم منیرہ اسماعیل کورہ پز - کارشناس اسبق دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

شہناز قلی پور - کارشناس دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

محمدرضا حیدرہایی - کارشناس دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

فاطمہ مومنی - کارشناس دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

روناک رسائی - کارشناس دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

کلیہ کارشناسان مسوول امور آسیب دیدگان اجتماعی سراسر کشور

فهرست مطالب

مقدمه و ضرورت	۵
مستندات قانونی	۷
هدف کلی	۷
اهداف اختصاصی	۷
گروههای هدف	۸
تعریف مفاهیم	۸
رویکرد دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی در توانمندسازی	۱۰
الگوی فرایند توانمندسازی	۱۱
مدل مدیریت مورد (CASE MANAGEMENT)	۱۲
انواع مدل مدیریت مورد	۱۲
مدل پایه	۱۳
مدل مبتنی بر نقاط قوت	۱۳
مدل درمان مبتنی بر اجتماع	۱۴
فرایند اجرا	۱۴
نیروی انسانی	۱۴
دوره های آموزشی	۱۵
تجهیزات مورد نیاز	۱۷
فضاهای مورد نیاز مرکز	۱۸
اقدامات اجرایی (روند اجرا)	۱۸
توانمندسازی	۲۵
نمودار ارائه خدمات در مراکز حمایت و توانمندسازی از زنان آسیب دیده اجتماعی غیر اقامتی و غیر دولتی (راه نوین)	۲۸
سایر اقدامات	۲۹

۳۰.....	حمایتهای مالی
۳۴.....	شرح وظایف
۴۰.....	راهنمای تکمیل فرم ها.....
Error! Bookmark not defined.....	فرم ها.....
۴۹.....	پیوست ها
۵۰.....	نظریه ها و تبیین های زیست شناختی رفتارهای انحرافی
۵۱.....	نظریه ها و تبیین های جامعه شناختی رفتارهای انحرافی
۵۵.....	نظریه برچسب
۵۶.....	دیدگاه کارکردگرایی
۵۷.....	نظریه ها و تبیینهای روا نشناختی رفتارهای انحرافی.....
۵۸.....	مدل آبرامسکی.....
۵۹.....	عوامل فردی و خانوادگی موثر در انحرافات.....
۶۱.....	عوامل اجتماعی موثر در انحرافات
۶۳.....	عوامل اقتصادی انحرافات و آسیبهای اجتماعی
۶۴.....	نگاهیگذرابه پیشینه والگوهای توانمندسازی
۶۵.....	پارادایم های موجود در توانمندسازی زنان
۶۷.....	مفاهیم توانمندسازی.....
۷۱.....	انواع توانمندسازی.....
۷۱.....	ابعاد توانمند سازی

مقدمه و ضرورت

در تمامی جوامع، مسئله آسیبهای فردی و اجتماعی زنان و پیامدهای گوناگون آن موضوعی است که به آن پرداخته می شود.

زیرا که زنان در شرایط محرومیت از فرصتهای اجتماعی، تحصیلی، اشتغال، زیستن در فقر مزمن، محرومیت‌های عاطفی و سوء رفتار دچار آسیب می گردند.

زندگی در شرایط آسیب زا می تواند مولد انگیزه های مخرب چون گرایش به فرار از منزل و برقراری روابط نامشروع و پیامدهایی چون گرفتاری در روابط فریبکارانه نافرجام، باندهای فساد و فحشاء، بی سرپناهی، ابتلاء به مواد مخدر از دست دادن امنیت فیزیکی و روانی، ابتلاء به بیماریهای مقاربتی بخصوص HIV / ایدز و ابتلاء به مشکلات روانی گردد.

در هر حال زنانی که به دلایل گوناگون در شرایط دشواره سر میبرند چه در خیابان باشند و چه در منزل نیاز به حمایت دارند. لذا می بایست زمینه ای فراهم گردد که به سیستمهای حمایتی موجود و یا بالقوه در جامعه متصل گردند.

در برنامه بازپروری و توانمندسازی سازمان بهزیستی کشور که قدمتی بیش از بیست سال دارد معمولاً تمرکز بر مراکز اقامتی شبانه روزی جهت حمایت زنان و دختران آسیب دیده بوده است. در حالیکه علاوه بر ضرورت وجود مراکز حمایتی شبانه روزی وجود مراکز روزانه نیز ضروری می نماید تا خدمات برای گروه هدف سهل الوصول تر شود.

تجارب مرتبط با مراکز بازپروری نشان داده است که بسیاری از مراجعین دارای خانه و خانواده هستند که با اعمال قدری مداخلات تخصصی مناسب می توان شرایط بازگشت آنان به خانواده را فراهم نمود برای مثال گاهی با انجام اصلاحاتی در روابط اعضای خانواده مراجع و با ثبت نام وی در دوره هایی از حرفه آموزی می توان زمینه اشتغال نسبتاً پایدار و بازگشت وی به خانواده و جامعه را فراهم نمود بدون آنکه نیاز به اقامت در مرکز وجود داشته باشد (البته به جز مواردی که مراجع واقعاً به خدمات اقامتی نیاز دارد).

انجام اینگونه مداخلات الزاماً نیاز به اقامت در مراکز بازپروری ندارد و می توان به گونه ای برنامه ریزی کرد که در حالیکه مراجعین با خانواده خود به سر میبرند مشمول دریافت خدمات سر پائی توانمند سازی نیز بشوند.

به همین دلیل نیاز است مراکزی وجود داشته باشد که در چنین شرایطی مداخلات متناسب با مشکل آنان را اعمال نمایند. بنابراین وجود مراکز بازپروری روزانه و پذیرش در آنها می تواند از وقوع آسیبهای بیشتر که این گروه را در معرض خطرات جدی قرار می دهد، جلوگیری نماید.

با در نظر داشتن این هدف دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی پس از تدوین دستورالعمل "مرکز حمایت و بازپروری زنان آسیب دیده اجتماعی" در سال ۱۳۷۸ که به صورت دولتی، رایگان و شبانه روزی به زنان آسیب دیده اجتماعی خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی و روان شناسی و حقوقی ارائه می دهد؛ به منظور حمایت طلبی و گسترش بسته های خدماتی خود مطابق با بند ۳ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولتی مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷ مجلس محترم شورای اسلامی و آیین نامه داخلی کمیسیون ماده مذکور، اقدام به تدوین دستورالعمل اجرایی مرکز حمایت و توانمندسازی زنان آسیب دیده اجتماعی (راه نوین) با رویکرد کاهش آسیب نموده است.

مستندات قانونی:

مراکز حمایت و بازتوانی زنان آسیب دیده اجتماعی-در راستای تحقق مفاد ماده واحده لایحه قانونی راجع به تشکیل سازمان بهزیستی کشور مصوب مورخ ۱۳۵۹/۳/۲۴ شورای انقلاب با الحاق اصلاحیه ۲۴ مردادماه ۱۳۵۹ و اصلاحات و الحاقات بعمل آمده جلسه ۱۳۷۵/۱۱/۱۹ مجلس شورای اسلامی در خصوص تجدید تربیت منحرفین اجتماعی (آسیب دیدگان اجتماعی) و به استناد آئین نامه اجرایی چگونگی تشخیص نیاز مددجویان و مصرف اعتبار برنامه کارآموزی بازپروری اجتماعی بهزیستی کشور مصوب هیئت محترم وزیران به شماره ۶۰۶۱۵ / ت / ۸۵ / ه مورخ ۱۳۷۱/۰۳/۰۳ در رابطه با زنان در معرض آسیب اجتماعی حاد و زنان آسیب دیده اجتماعی که مسئولیت بازپروری به منظور اصلاح، بازتوانی و بازگشت به زندگی سالم اجتماعی آنان به سازمان بهزیستی کشور واگذار نموده و با عنایت به ابلاغ نامه رئیس سازمان بهزیستی در مورد تحویل دختران و زنان آسیب دیده و یا در معرض آسیب به مراکز بهزیستی مصوب ۱۳۷۸/۰۷/۲۶ قوه قضائیه و همچنین تحقق اهداف سیاست های کلی ابلاغی برنامه پنجم توسعه در حوزه اجتماعی مبنی بر تقویت نهاد خانواده و جایگاه زن در آن و به استناد ماده ۹۷ قانون برنامه پنجساله چهارم و بند ب ماده ۳۹ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی، و مواد آئین نامه چترایمنی رفاه اجتماعی که طی تصویب نامه هیئت وزیران به شماره ۲۰۸۶۷ / ت ۳۲۳۴۲ ه مورخ ۱۳۸۴/۴/۸ و به منظور اجرای بند ۳ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰/۱۱/۲۷ مجلس شورای اسلامی، راه اندازی گردیده و فعالیت و توسعه این مراکز در بهزیستی استانهای کشور از ضروریات و لازم الاجرا می باشد

هدف کلی:

کنترل و کاهش آسیب های مرتبط با زنان آسیب دیده اجتماعی در سطوح فرد، خانواده و اجتماع

اهداف اختصاصی:

۱. حمایت، بازپروری و توانمند سازی گروه هدف
۲. ایجاد زمینه بازپیوند اجتماعی گروه هدف
۳. ارائه خدمات خانواده محور به زنان آسیب دیده اجتماعی
۴. ارائه خدمات تخصصی اجتماع محور در راستای کاهش آسیب های اجتماعی
۵. ایجاد امکان دسترسی آسان به خدمات حمایتی و تخصصی برای زنان آسیب دیده اجتماعی.

۶. ارائه آموزشهای تخصصی لازم به زنان آسیب دیده اجتماعی
۷. تنوع بخشی به گروه هدف متناسب با نیاز آنها
۸. استفاده از ظرفیت های بخش غیر دولتی به منظور هم افزایی ، کاهش تصدی گری دولت و جلب مشارکت های بخش خصوصی
۹. توسعه بسته های خدمتی به منظورافزایش ضریب نفوذ خدمات
۱۰. ارائه خدمات کاهش آسیب به منظور کاهش رفتارهای پرخطر

گروههای هدف:

زنان آسیب دیده اجتماعی با حداقل سن ۱۳ سال و حداکثر سن ۶۰ سال و خانواده های آنها

تعریف مفاهیم

۱- زنان آسیب دیده اجتماعی:

منظور از زنان آسیب دیده اجتماعی زنانی هستند که تجربه رابطه جنسی خارج از چارچوب خانواده داشته و جهت بازگشت به زندگی عادی متمایل بوده و یا از مراکز بازپروری زنان ارجاع داده شده و نیازمند به خدمات بازپروری روزانه هستند.

۲- مرکز غیردولتی و غیر اقامتی حمایت توانمند سازی روزانه : (راه نوین)

به مکانی اطلاق میگردد که توسط بخش غیردولتی وبا مجوز و نظارت سازمان بهزیستی و باهدف ارائه خدمات توانمند سازانه و کاهش آسیب به زنان آسیب دیده اجتماعی به صورت غیر شبانه روزی راه اندازی می شود ودر این دستورالعمل مرکز نامیده میشود.

۳- توانمند سازی :

فرایندی است هدفمند که طی آن ، اقداماتی در جهت ارتقاء تواناییها و مهارتهای فردی، روانی، اجتماعی، احساس موثر بودن در سرنوشت خود، کسب توانایی و مهارت در انتخاب های زندگی، پذیرش مسئولیت نتیجه انتخاب های خود ، هماهنگی ارزش های فردی با برنامه کمکی مرکز واعتماد به اقدامات تیم تخصصی و توانایی تأمین نیازهای متعارف خویش ، صورت می گیرد تا با کاهش یا قطع روابط جنسی خارج از چهار چوب خانواده ومحافظت نشده کیفیت زندگی خود وارتباط موثر با خانواده را ارتقاء دهد.

۴- پذیرش :

به مجموعه اقداماتی شامل، ثبت مدارک مورد نیاز و تشکیل پرونده و مصاحبه تشخیصی اطلاق می گردد.

۵- خدمات کاهش آسیب :

شامل خدماتی می شود که منجر به کاهش یا قطع رابطه جنسی خارج از چهارچوب خانواده و یا عوارض روحی - روانی ناشی از این تجربه در زنان آسیب دیده اجتماعی و خانواده آنها می باشد. این خدمات در برگیرنده مواردی از قبیل: آموزش مراقبت های جنسی، پیشگیری از HIV، آموزش مهارت زندگی می باشد.

۶- پیگیری :

انجام سلسله اقدامات پس از توانمند سازی است که به منظور حفظ ارتباط و اعمال مراقبت های بعدی انجام می گیرد و بستگی به نیازها و شرایط مددجو می تواند شامل مواردی مانند دریافت هرگونه خدمات حمایتی، تخصصی و آموزشی باشد .

توجه : خدمات پس از توانمند سازی با توجه به شرایط جدید و نیاز مددجو از نظر فردی ، خانوادگی و اجتماعی و با حفظ حق انتخاب و مشارکت مددجو ارائه میگردد و می تواند شامل طیف مختلفی از خدمات تخصصی و حمایتی باشد که در مرکز روزانه ارائه میگردد .

۷- مرکز مداخله در بحران (فردی، خانوادگی و اجتماعی) "اورژانس اجتماعی" : به

مراکزی اطلاق می شود که باهدف ارائه خدمات تخصصی و فوری لازم به زنان آسیب دیده اجتماعی به منظور جلوگیری از انحراف یا انحراف مجدد آنان فعالیت می نماید که به اختصار در این دستورالعمل " مرکز مداخله " نامیده می شود.

۸- تیم تخصصی مرکز:

تیم تخصصی متشکل از مسئول مرکز ، مددکاران اجتماعی ، روان شناسان (الزامی)، روانپزشک ، کارشناس حقوقی، مربی (بنا بر ضرورت) است ، که به سرپرستی مسئول مرکز تشکیل جلسه می دهند . وظیفه این تیم این است که مسائل و مشکلات مددجویان و همچنین پیشرفت آنان در برنامه های آموزشی و فرایند توانمند سازی رادر تیم مطرح و با حضور و نظر مددجو و در صورت لزوم خانواده وی به اشتراک مساعی گذارند.

۹- خدمات توانمند سازی :

فرایندی است که به موجب آن زنان آسیب دیده اجتماعی با دریافت حمایتها، آموزش ها ، خدمات تیم تخصصی و خدمات کاهش آسیب ، روابط خارج از چارچوب خانواده و محافظت نشده خود را قطع و یا کاهش داده و به زندگی عادی باز می گردند.

۱۰- مراکز حمایت و بازپروری دختران و زنان آسیب اجتماعی که در این دستورالعمل به اختصار مرکز بازپروری زنان 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 را نگهداری و از طریق ارائه خدمات تخصصی نظیر مددکاری اجتماعی، روان شناسی ، مراقبتهای بهداشتی، زمینه های توانمند سازی و بازگشت آنان به زندگی سالم را از طریق پیوند مجدد با خانواده ، آموزش و ایجاد اشتغال و کسب در آمد مشروع ، ازدواج و تشکیل خانواده فراهم آورده و در تامین حداقل نیازهای اقتصادی و حل و فصل مسائل و مشکلات یاری می نماید.

۱۱- کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی استان:

کمیته ای است مرکب از معاون امور اجتماعی ، کارشناس مسئول امور آسیب دیدگان اجتماعی استان ، مسئول مرکز ، مددکار اجتماعی مرکز و رئیس شهرستان ذیربط در ستاد بهزیستی هر استان تشکیل می گردد.

رویکرد دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی در توانمندسازی

نظر به تاکید این فعالیت بر توانمندسازی گروه هدف بهره مندی از الگوها و مدل های مذکور اولین گام در راستای دستیابی به هدف می باشد. در ادامه به یک الگوی فرایند توانمندسازی که دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی در ارتباط با توانمند سازی زنان آسیب دیده اجتماعی خدمت گیرنده از سازمان بهزیستی از آن استفاده می کند ، اشاره می شود .

الگوی فرایند توانمندسازی

Disempowerd Empowered

نیاز های بر آورده شده

انگیزه بالا

آگاهی و مهارت های قابل قبول

اعتماد به نفس قابل قبول

نیاز های بر آورده نشده

انگیزه اندک

آگاهی و مهارت های کم

اعتماد به نفس پایین

پاسخ به نیاز های پایه

(تامین سرپناه، خوراک، پوشاک و امنیت)

کاهش آسیب

مددکاری اجتماعی کار با فرد

مددکاری اجتماعی کار با خانواده (گروه)

توانبخشی حرفه ای بازسازی و تقویت شبکه اجتماعی

مددکاری اجتماعی کار با اجتماعات محلی (اقدامات اجتماع محور)

مدل مدیریت مورد (CASE MANAGEMENT)

مدیریت مورد به فرایند برنامه ریزی، جستجوی منابع و حمایت یابی برای مراجع و پایش نحوه ارائه خدمات به نمایندگی از مراجع گفته می شود (NASW ۲۰۱۳).

در این مدل مراجعین معمولاً علاوه بر مشکلی که به دلیل آن به بهزیستی آمده اند، مشکلات دیگری هم دارند که عدم توجه به آنها می تواند فرایند توانمندسازی راتحت الشعاع قرار دهد و برای برخورداری از سایر منابع جهت توانمندسازی می بایست از خدمات سایر سازمان ها نیز بهره جست.

برای توانمندسازی ، برنامه ریزی و اقدام در مورد جوانب مختلف مشکلات مراجع اجتناب ناپذیر است و بی تردید جز با همکاری تیم های بین رشته ای و ارائه خدمات بلند مدت تحقق نخواهد یافت.

از Case Manager (انجام دهنده مدل) انتظار می رود:

- ۱- اطلاعات جامعی در مورد پروتکل ها و دستورالعمل های توانمندسازی که به طور رسمی در قالب سازمان ها و نهادهای دولتی و غیر دولتی در حال اجرا هستند، داشته باشد.
- ۲- خدمات گروه های همتا و اعضای آنها و سایر خدماتی که در فضاهای غیر رسمی ارائه می شوند، بشناسد (مانند خدماتی که در محیط همسایگی یا اجتماع محلی مراجع وجود دارند یا خدماتی که شبکه حمایتی فرد می تواند فراهم کند).
- ۳- از امکانات و منابع حمایتی پیش بینی شده در سازمان های حمایتی دولتی و غیر دولتی آگاه باشد.
- ۴- مراکز، سازمان ها و نهادهای ارائه دهنده خدمات پیشگیرانه، درمانی، کاهش آسیب و حمایتی را بشناسد.
- ۵- مدیریت مورد یک رویکرد اجتماع محور است و انتظار می رود Case Manager بتواند به خوبی از این رویکرد بهره بگیرد.

انواع مدل مدیریت مورد :

۱- مدل پایه

۲- مدل مبتنی بر نقاط قوت

۳- مدل درمان مبتنی بر اجتماع

مدل پایه:

- ۱- نیازهای مراجع را شناسایی می کند و به مراجع کمک می کند به منابع دست یابد.
 - ۲- می تواند به ارتباط اولیه مدیر مورد با مراجع محدود شود و یا مدتی طولانی ادامه یابد.
 - ۳- پایش در این مدل خیلی مختصر پیش بینی شده است.
 - ۴- حمایت یابی در این مدل صورت نمی گیرد.
 - ۵- در بسیاری موارد به خاطر محدود بودن رابطه مراجع با مدیر مورد و فقدان حمایت یابی مورد انتقاد قرار گرفته است.
 - ۶- پایه های مدیریت مورد در آن وجود دارد و در برخی موارد نیز به کار می آید.
- موارد استفاده:

- ۱- محدود بودن رابطه مدیر مورد و مراجعه به مدیر مورد این اجازه را می دهد که به تعداد بیشتری از مراجعین خدمت مختصری را ارائه نماید. به این ترتیب در مواردی که تعداد مراجعین زیاد است، بر اساس این مدل می توان نوعی مدیریت مورد حداقلی را انجام داد.
- ۲- در صورتی که خدمات درمانی و حمایتی به صورت یکپارچه ارائه می شوند و نیازی به پایش توسط مدیر مورد نیست؛ این روش می تواند کار آمد باشد.
- ۳- در مورد مراجعینی که مشکل مالی یا مشکلات پیچیده و چند وجهی ندارند و یا مشکلات آنها حاد نشده است، می توان از این مدل بهره گرفت.

مدل مبتنی بر نقاط قوت:

- ۱- اولین بار این مدل برای کمک به افراد به کار گرفته شد که به دلیل بیماری روانی در بیمارستان بستری بودند تا بتوانند به طور مستقل زندگی کنند.
- ۲- تمرکز این مدل بر نقاط قوت و داشته های مراجع است.
- ۳- با اولویت به فراهم کردن حمایت هایی می پردازد که به تسلط و کنترل مراجع بر وضعیتش کمک می کند (مانند مسکن و اشتغال).

- ۴- بر استفاده از شبکه های حمایتی غیر رسمی، اولویت دادن به رابطه مدیر مورد و مراجع، ارائه خدمات سیار به مراجعین تاکید دارد.

مدل درمان مبتنی بر اجتماع:

- ۱- در این مدل مدیر مورد توسط یک تیم ارائه دهنده خدمات حمایت می شود.
 - ۲- به جای اینکه مدیر مورد منتظر مراجعه فرد به مرکز باشد، خودش به محل زندگی او مراجعه می کند.
 - ۳- اعضای تیم به این امر اعتقاد دارند که باید برای رفع مشکلات مراجع خدمات طولانی مدت ارائه شود.
- موارد استفاده:

- ۱- ارتباط با مراجع در منزل یا محل زندگی ایشان.
- ۲- تمرکز بر مشکلات عملیاتی در زندگی روزمره.
- ۳- حمایت طلبی جسورانه.
- ۴- تعداد کیس های قابل مدیریت (۵ تا ۱۵ نفر).
- ۵- تماس های مکرر مدیر مورد با مراجع.
- ۶- کار تیمی با پرونده های مشترک.
- ۷- تعهد بلند مدت به مراجعین.

فرایند اجرا:

نیروی انسانی :

ظرفیت اسمی مرکز: ۶۰ نفر

- **مدیر مرکز**
- یک نفر با تحصیلات حداقل کارشناس ارشد در یکی از رشته های روانشناسی ، مددکاری اجتماعی، علوم تربیتی ،جامعه شناسی ،مطالعات زنان و خانواده - حداقل سن ۳۰ سال ترجیحاً متاهل

مسئول پذیرش

- یک نفر با تحصیلات حداقل کارشناس در یکی از رشته های روانشناسی ، مددکاری اجتماعی، علوم تربیتی ،جامعه شناسی ،مطالعات زنان و خانواده
- - حداقل سن ۲۶ سال

- **روانشناس**

- یک نفر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد روانشناسی کلیه گرایش ها (بجز کودکان استثنایی، روانسنجی، صنعتی - سازمانی) - حداقل سن ۲۶ سال

- **مددکار اجتماعی**

- یک نفر با تحصیلات حداقل کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی - حداقل سن ۲۶ سال
- **تبصره ۱:** در صورت نیاز به خدمات پزشکی، روانپزشکی، پرستاری و کارشناس حقوقی مراجع به مرکز مداخله در بحران و سایر مراکز تخصصی ذیربط ارجاع داده میشود.
- **تبصره ۲:** مدیر مرکز می بایست حداقل یکسال تجربه کار تخصصی مورد تایید ابھیستی استان با زنان آسیب دیده اجتماعی را داشته باشد.
- **تبصره ۳:** در صورت تمایل و تعهد مسئول مرکز به انجام شرح وظایف مسئول پذیرش، حذف مسئول پذیرش امکانپذیر می باشد.
- **تبصره ۴:** مسئول مرکز می تواند نیروی انسانی خود را در زمینه درمانی و حقوقی و مربی آموزشی، مددکاری اجتماعی و روانشناسی را از طریق نیروهای داوطلب یا پرداخت حق الزحمه که مورد تایید امور اجتماعی و حراست اداره بهیستی شهرستان است راتامین کند.
- **تبصره ۵:** کلیه پرسنل مرکز می بایستی زن باشند.

دوره های آموزشی

نیروهای تخصصی شامل مسئول فنی مرکز، روانشناس و مددکار اجتماعی می بایستی براساس برنامه زیر دوره های آموزشی را بگذرانند:

مسئول فنی

-
- آشنایی با شاخص های نظارتی مراکز راه نوین و شیوه های نظارتی (مقدماتی) ۸ ساعت
- آموزش ارتباط جنسی محافظت شده و پیشگیری از ایدز، هیپاتیت (مقدماتی) ۴ ساعت
- آشنایی با اصول کار تیمی و نحوه تیم بندی (مقدماتی) ۱۶ ساعت

مددکاران اجتماعی

- آشنایی با دستورالعمل ها و راهنماهای مداخلات تخصصی (مقدماتی) ۱۶ ساعت
- آشنایی با فرایندهای مددکاری اجتماعی و نحوه گزارش نویسی (مقدماتی) ۱۶ ساعت
- مدیریت مورد در کار با زنان آسیب دیده اجتماعی (مقدماتی) ۱۶ ساعت
- آموزش ارتباط جنسی محافظت شده و پیشگیری از ایدز، هپاتیت (مقدماتی) ۴ ساعت
- مددکاری اجتماعی کار با خانواده (میانی) ۱۶ ساعت
- توانمند سازی زنان و دختران با نیازهای ویژه، حمایت طلبی و شناسایی منابع اجتماعی (پیشرفته) ۱۶ ساعت
- اقدامات اجتماع محور برای زنان آسیب دیده اجتماعی (پیشرفته) ۲۴ ساعت

روان شناسی

- آشنایی با دستورالعمل ها و راهنماهای مداخلات تخصصی (مقدماتی) ۱۶ ساعت
- آموزش ارتباط جنسی محافظت شده و پیشگیری از ایدز، هپاتیت (مقدماتی) ۴ ساعت
- مصاحبه تشخیصی و طرح درمان (مقدماتی) ۱۶ ساعت
- مصاحبه انگیزشی در کار با زنان آسیب دیده اجتماعی (میانی) ۱۶ ساعت
- درمان شناختی - رفتاری (میانی) ۲۴ ساعت
- گروه درمانی (پیشرفته) ۲۴ ساعت
- واقعیت درمانی (پیشرفته) ۲۴ ساعت

تجهیزات مورد نیاز :

ردیف	تجهیزات	تعداد
۱	تلفن و اینترنت	دو خط
۲	کامپیوتر	دو دستگاه
۳	میز و صندلی اداری	به تعداد مورد نیاز
۴	فایل و کمد بایگانی	به تعداد مورد نیاز
۵	تلویزیون	یک دستگاه
۶	DVD	یک دستگاه
۷	یخچال	یک دستگاه
۸	کپسول آتش نشانی دارای اعتبار	به میزان متراژ ساختمان
۹	لوازم ورزشی	به تعداد مورد نیاز
۱۰	وسایل و لوازم مورد نیاز در کارگاههای حرفه آموزشی	به تعداد مورد نیاز
۱۱	لوازم و ابزار مورد نیاز کارگاههای هنری و آموزشی	به تعداد مورد نیاز
۱۲	کتاب و مجلات	به تعداد مورد نیاز
۱۳	دارو و کمکهای اولیه	به میزان مورد نیاز
۱۴	فکس	یک دستگاه
۱۵	تجهیزات و ملزومات اداری	به تعداد مورد نیاز
۱۶	اسکن	یک دستگاه
۱۷	پوشاک زنانه، در اندازه های متنوع و مناسب فصل	به تعداد محدود
۱۸	قفسه کتابخانه درب دار	حداقل یک عدد
۱۹	کمد برای نگهداری پوشاک	یک عدد
۲۰	وایت برد	یک عدد
۲۱	وسایل برودتی و حرارتی	به تعداد لازم
۲۲	میز و صندلی ارباب رجوع	به تعداد لازم

فضاهای مورد نیاز مرکز:

- مکان مرکز باید در محدوده مرکز شهر و یا مناطق در دسترس مددجویان انتخاب شود.
- یک اتاق برای مسئول مرکز و پذیرش
- یک اتاق برای کارشناس مددکاری اجتماعی و روانشناس
- سالن انتظار با مساحت مناسب
- سرویس بهداشتی
- اتاق با مساحت مناسب برای فعالیتهای آموزشی اعم از هنری، دینی، حرفه آموزی، سواد آموزی، گروه درمانی و...
- توجه: مصاحبه روانشناس، مددکار و یا مسئول پذیرش با مددجو با توجه به اصل رازداری حرفه ای و رعایت کرامت انسانی می بایست به صورت انفرادی در اتاق با مددجو صورت پذیرد.
- نصب تابلو با عنوان دقیق فعالیت ضروری است.
- ظرفیت پذیرش هر مرکز در طول یکسال تعیین شده حداکثر شصت نفر است که از همان ابتدای اجرای طرح تعیین شده و در طول سال تغییر نمی کند.
- تبصره یک: استقرار مرکز در اماکن حاشیه شهر و خارج از دسترس مددجویان ممنوع می باشد.
-

اقدامات اجرایی (روند اجرا) :

۱. پذیرش و تشخیص
۲. ارزیابی و تدوین برنامه کمکی
۳. ارائه خدمات تخصصی
۴. توانمندسازی
۵. پیگیری

۱- پذیرش و تشخیص

پذیرش مراجعین در مرکز روزانه از طریق یکی از موارد ذیل صورت میگیرد.

۱. خود معرف
۲. ارجاع از مراکز بازپروری زنان و مداخله در بحرانهای فردی، خانوادگی و اجتماعی
۳. شناسایی مددجویان توسط مددکار اجتماعی از طریق برقراری ارتباط و مراجعه به زندان، مراکز گذری کاهش آسیب ها، دادگستری، مراکز بهداشتی - درمانی، کلانتری و...

۴. شناسایی مددجویان از طریق مراجعه مددکار اجتماعی به محله های آسیب خیز و

پاتوق ها و مراکز احتمالی تجمع و حضور زنان و دختران آسیب دیده اجتماعی

در این مرحله مسئول پذیرش نسبت به ثبت مشخصات مراجع در دفتر پذیرش مرکز، مصاحبه تشخیصی (جهت مشخص شدن این موضوع که مددجو در جامعه هدف این دستورالعمل قرار داشته باشد)، اخذ مدارک، تشکیل پرونده و معرفی فعالیتهای مرکز اقدام نموده و مددجو را جهت انجام اقدامات لازم به تیم تخصصی مرکز معرفی می نماید.

تبصره ۱: در صورتی که مددجو به لحاظ بهداشتی و تغذیه ای، پوشاک (نیازهای اولیه فیزیولوژیک) و... نیاز به دریافت خدمات دارد، قبل از ورود به چرخه توانمند سازی مرکز موظف به تامین نیازهای اولیه وی می باشد.

تبصره ۲: در صورتی که مددجو نیاز به خدمات سایر مراکز تخصصی سازمان بهزیستی از قبیل مراکز زنان آسیب دیده اجتماعی (اقامتی)، مداخله در بحران های فردی، خانوادگی و اجتماعی، توانبخشی پیشگیری و... داشته باشد مسئول پذیرش موظف به راهنمایی و معرفی وی و ثبت مشخصات نامبرده به عنوان ارباب رجوع در دفتر پذیرش می باشد.

تبصره ۳: در ارتباط با بند ۳ و ۴ هماهنگی و کسب مجوز از دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی استان و رعایت کلیه مسائل امنیتی توسط مددکار اجتماعی الزامی است.

۲- ارزیابی و تدوین برنامه کمکی

پس از پذیرش اولیه و قطعی شدن اینکه فرد در جامعه هدف این دستورالعمل قرار دارد، تیم تخصصی مرکز اقدامات زیر را متناسب با وضعیت مراجع انجام می دهند:

الف - آماده سازی مددجو (توسط روانشناس)

- آرام سازی

- مصاحبه انگیزشی

- معرفی و تشریح خدمات قابل ارائه در مرکز

ب - جمع آوری اطلاعات و ارزیابی (مددکار اجتماعی و روانشناس)

- بررسی تاریخچه مشکل و اقدامات قبلی انجام شده برای مراجع

- مصاحبه بالینی و شرح حال گیری
- ارزیابی هوشی (صرفاً توسط روانشناس)
- استعداد یابی
- ارزیابی توانمندیها
- بازدید منزل
- مصاحبه با خانواده

ج- ارزیابی سلامت جسمی و مسائل حقوقی

در صورت نیاز به خدمات پزشکی و حقوقی به متخصصین ذیربط ارجاع داده شود.

توجه: پس از انجام فعالیت های فوق که نهایتاً در سه جلسه (بجز بازدید) و تا پنج روز کاری بایستی صورت پذیرد، نتیجه گزارشات جهت طرح در جلسه تدوین برنامه کمکی به مدیر مرکز ارائه می گردد.

د- تهیه گزارش و مستندات جهت تدوین برنامه کمکی توسط تیم تخصصی

براساس مشکل مددجو، سن، تمایلات، استعدادها، سطح هوشی، شرایط خانوادگی، مذهبی، فرهنگی، اقلیمی، توانمندیهای فردی، وضعیت سلامت جسمی، روانی و... تیم تخصصی برنامه کمکی مددجو را با هدف رسیدن به سطح مناسبی از توانمندی جهت اداره خود و داشتن یک زندگی عادی در بازه های زمانی شش ماهه طراحی و تدوین می نمایند.

تبصره ۱: تدوین برنامه کمکی می بایست براساس نظر و خواست مددجو و با راهنمایی تیم تخصصی صورت پذیرد. لذا برنامه ای که بر اساس خواست مددجو و از نقطه آغاز توسط او تدوین شده باشد نسبت به برنامه ای که توسط تیم تخصصی تهیه و صرفاً به رویت مددجو رسیده باشد، ارجحیت دارد.

تبصره ۲: مدیر مرکز موظف است هر سه ماه یکبار برای هر مددجو جهت ارزیابی سطح توانمندی مددجو و میزان دستیابی به اولویتهای تعیین شده در برنامه کمکی، با حضور اعضای تیم تخصصی جلسه تشکیل داده و شرایط مددجو را از نظر توانمند شدن یا نیاز به استمرار خدمات توانمندی، ارزیابی نماید. (در موارد اضطراری جلسات تیم تخصصی بنا بر درخواست هریک از اعضای تیم تخصصی یا مددجو قبل از موعد فوق می بایستی تشکیل شود)

تبصره ۳: کلیه نظرات ، تصمیمات و مصوبات جلسات تیم تخصصی می بایست بصورت مکتوب در پرونده مربوط به هرمددجو منعکس شود.

تبصره ۴: مسئولیت نظارت بر عملکرد تیم تخصصی بر عهده مسئول مرکز می باشد.

۳-ارائه خدمات تخصصی وتوانمند سازی

خدمات تخصصی وتوانمندسازی در ابعاد زیر قابل اجراء می باشد:

۱. سلامت روان

- برگزاری جلسات روان درمانی فردی در مرکز
- برگزاری جلسات روانشناسی وگروه درمانی
- ارائه جلسات روان درمانی وخانواده درمانی برای خانواده مددجو در صورت نیاز
- ارجاع به روانشناس ومشاوره خارج از مرکزدر صورت صلاحدید
- برگزاری جلسات آموزشی با موضوعات روانشناسی با هدف ارتقاء انگیزه،عزت نفس،اعتماد به نفس، هدفمندی زندگی و...

۲. جسمانی

- برگزاری کلاسهای آموزش بهداشتی و محافظت از خود در برابر ابتلا به بیماریهای واگیردار ، مقاربتی و پیشگیری از ایدز .
- ارجاع به مراکز درمانی جهت انجام معاینات وکنترل بیماری های مخصوص

زنان

- آموزش بهداشت فردی
- شرکت در کلاس های ورزشی

توجه: در ارتباط با زنان آسیب دیده اجتماعی دارای اعتیاد ارجاع به واحدهای تخصصی ترک اعتیاد قبل از شروع برنامه توانمند سازی الزامیست.

۳. حرفه ای

- شرکت مددجویان در دوره های فنی حرفه ای

توجه: نکات بسیار مهم در خصوص حرفه آموزی مددجویان :

▪ در خصوص شرکت در کلاسهای فنی و حرفه ای می بایست از ابزارهای تشویقی لازم جهت شرکت مددجویان در این کلاسها استفاده نمود و در خصوص اهمیت حرفه آموزی و متعاقب آن یعنی داشتن شغل با آنان گفتگو شود .

▪ برگزاری دوره های مذکور عامل بسیار مهمی است در فراهم نمودن زمینه اشتغال نسبتاً پایدار که می بایست از طریق هماهنگی با سازمان فنی و حرفه ای و با توجه به مسئله بومی سازی انجام گردد.

▪ در برگزاری دوره های فنی و حرفه ای می بایست حرفه هایی در نظر گرفته شود که در بازار کار مورد نیاز بوده و مددجو بتواند با تکیه بر آن شغل نسبتاً پایدار داشته باشد .

▪ مددجویانی که به عللی قادر به استفاده از آموزشهای فنی و حرفه ای نباشند بایستی با توجه به تواناییهایشان در امور ساده تر از آنان استفاده شود و برنامه ریزیهای لازم با مشارکت مددجو جهت کسب پیش نیاز لازم برای شرکت در کلاسهای حرفه آموزی، یا فعالیتهای جایگزین که به توانمندسازی مددجو منجر شود، صورت پذیرد. مثال: در صورتیکه مددجو استعداد ورزشی یا هنری خاصی دارد که میتواند به اشتغال و کسب درآمد منجر شود، مددجو به انجام آن تشویق گردد و زمینه های شرکت وی در این برنامه ها فراهم شود.

▪ در صورت نیاز به گذراندن کلاسهای پیشرفته و تکمیلی مددجویان و فقدان آن در مرکز، مددجویان مستعد با نظر و صلاحدید تیم تخصصی می توانند به کلاسهای فنی و حرفه ای بیرون از مرکز اعزام گردند.

▪ حضور در دوره های حرفه آموزی مستلزم آمادگی جسمی و روانی مددجو می باشد و در صورت تشخیص تیم تخصصی مبنی بر عدم آمادگی مددجو و پیش بینی عدم بهره برداری مناسب از امکانات آموزشی ، ضروریست اقدامات پزشکی و روانی لازم جهت مرتفع نمودن محدودیت و موانع جسمی و روانی صورت پذیرد و در غیر اینصورت اولویت در برنامه کمکی براساس سایر ابعاد توانمندسازی تعریف شود.

۴. تحصیلی و سواد آموزی

- ثبت نام مددجویان در کلاس های نهضت سواد آموزی
- ثبت نام مددجویان در کلاس های شبانه و بزرگسال
- برگزاری کلاس سواد آموزی فردی یا گروهی در مرکز
- کمک به تسهیل ادامه تحصیل مددجو در هر مقطع تحصیلی که می باشد.

۵. آموزشی

- برگزاری کلاسهای کارهای دستی نظیر قلاب بافی ، گل دوزی، گلسازی ، سفالگری ، هویه کاری و سایر هنرهای دستی داراری بازار کار.
- برگزاری کلاسهای کامپیوتر .
- برگزاری کلاسهای هنر آشپزی .

۶. اوقات فراغت

جهت ایجاد نشاط و آشنایی با مظاهر فرهنگی جامعه و بخصوص تلفیق سازی گروه هدف با جامعه ضروری است که در این زمینه مرکز در خصوص تدوین و ایجاد برنامه های فرهنگی – تفریحی و گذران اوقات فراغت مدد جویان به شرح ذیل اقدام نماید :

- شرکت در کلاسهای ورزشی (ایروبیک ، یوگا و)
- برگزاری اردوهای سیاحتی و گردشهای تفریحی (نظیر بازدید از نمایشگاههای مختلف ، موزه ها ، سینما ، تئاتر ، مراکز تفریحی ، باغ وحش و طبیعت گردی و غیره)
- احداث کتابخانه و حضور گروهی بمنظور مطالعه و شرکت در جلسات بحث و گفتگو و مطالعه کتب مذهبی ، علمی و سایر کتب و همچنین مجلات مفید .
- برگزاری جلسات شعر ، موسیقی و نمایش و سایر علاقه مندیها و سرگرمیها
یی از این قبیل .
- تشکیل کلاسهای هنری (تئاتر ، موسیقی مجاز ، نقاشی و غیره)
- نمایش فیلمهای آموزنده از طریق CD و یا DVD .
- اعزام به مراکز فرهنگی .

۷. مهارت های زندگی

- برگزاری کلاسهای مهارت های زندگی و مهارت های ارتباطی – اجتماعی و شناختی (تغییر نگرش) .
- برگزاری کلاسهای مهارت های زندگی و مهارت های ارتباطی در مرکز جهت ارتقاء روابط فردی و اجتماعی .

۸. اعتقادی

- برگزاری کلاسهای مذهبی ، عقیدتی و اخلاقی .
- برگزاری اردوهای زیارتی
- ترغیب به مطالعه کتب مذهبی و عقیدتی

۹. هنری

- برگزاری کلاس های نقاشی،طراحی،موسیقی،سفالگری و...

۱۰. زندگی مشترک

برگزاری کلاسهای فنون خانه داری ،روابط زوجین،آئین همسر داری

۱۱. کاهش روابط متعدد جنسی

در مواردی که مددجو به هر دلیلی قادر به قطع روابط جنسی متعدد خارج از چهارچوب خانواده نباشد؛ روانشناس و مددکار تلاش می کنند، با ارائه خدمات تخصصی ذیل، مددجو را به کاهش و کم خطر نمودن روابط جنسی خارج از خانواده هدایت نموده تا تبعات منفی فردی و اجتماعی این ارتباطات از جمله ابتلا به بیماریهای مقاربتی ،شیوع آن و گسترش آسیب های اجتماعی در جامعه را تا حد امکان کاهش دهد.

- مشاوره های روانشناسی (فردی،گروهی)
- ویزیت روانپزشکی
- آموزش های بهداشت جنسی و محافظت از خود در برابر ابتلا به بیماریهای واگیردار ، مقاربتی و پیشگیری از ایدز.
- توزیع وسایل محافظت کننده در ارتباط جنسی از قبیل کاندوم .

۱۲. مالی

دوره های کسب و کار،کارآفرینی ،توان افزایی شغلی ،آماده سازی شغلی و...

توجه:

- در تدوین برنامه کمکی، تیم تخصصی موظف است با رویکرد چندبعدی به توانمندسازی مددجو نگریسته و با توجه به شرایط هرمددجوهمزمان در چند بعد از ابعاد فوق، برنامه توانمندی را تدوین نماید.
- در صورتی که مددجو دارای فرزند می باشد ضروری است که مسائل فرزندان از لحاظ وضعیت معیشت، جسمانی، روحی - روانی، تحصیلی، کودک آزاری احتمالی، شرایط سرپرستی، تعامل با والدین و... مورد بررسی قرار گرفته و در جلسات تیم تخصصی و در تنظیم برنامه توانمندسازی مورد توجه جدی قرار گیرد.
- ظرفیت پذیرش در کلاسهای مرکز روزانه ۳۰ نفر میباشد.
- شرکت در کلاسها برای شرکت کنندگان رایگان میباشد.
- در صورت اینکه مرکز فضا و امکانات کافی داشته باشد خدمات فوق در همان مرکز ارائه می شود و در غیر اینصورت مددجویان به مراکز آموزشی ذیصلاح معرفی گردند.

۴-توانمندسازی

با توجه به اینکه کدام یک از ابعاد توانمندسازی به منظور رسیدن فرد به یک زندگی عادی در برنامه کمکی مددجو در اولویت قرار داشته است، پس از حصول و دستیابی مددجو به هدف یا اهداف اولویت گذاری شده پس از اتمام بازه های زمانی شش ماهه با تایید مددکار اجتماعی، روانشناس، مرجع آموزش دهنده، مشاور حقوقی و تیم پزشکی (بسته به هدف اولویت گذاری شده)، پرونده مددجو مجدداً در جلسه تیم تخصصی طرح و پس از بررسی در صورت تایید تیم و اظهار نظر مددجو و در صورت نیاز خانواده وی، مددجو به عنوان مددجوی توانمند شده اعلام می گردد و در غیر اینصورت برنامه توانمند سازی مجدد تدوین و استمرار می یابد.

توجه :

- بدیهی است در صورت نیاز به تامین منابع مالی، تیم تخصصی هزینه ریالی مورد نیاز را محاسبه و از محل منابع مالی قید شده در دستورالعمل تهیه و تامین می نمایند.
- از زمان اولین پذیرش مددجو در مرکز تا توانمندسازی و بازگشت به زندگی عادی توسط تیم تخصصی مرکز، مددجو و احیاناً خانواده او، حداکثر ۲۴ ماه مهلت می باشد، در

- موارد خاص که نیاز به زمان بیشتری وجود داشته باشد در صورت طرح در کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی استان و تایید کمیته مذکور، به مدت یکسال قابل تمدید است.
- در ازاء توانمند سازی هر سه مددجو در سال، استان موظف به دادن پاداش توانمند سازی به مرکز می باشد.
 - استفاده از ظرفیت های سایر بخش های سازمان بهزیستی از جمله : دفاتر توانمند سازی زنان و خانواده ، امور کودکان و نوجوانان و شبه خانواده ، حوزه توانبخشی و سایر سازمان های حمایتی مانند کمیته امداد امام خمینی(ره) در موارد مرتبط حتماً در دستور کار قرار بگیرد.

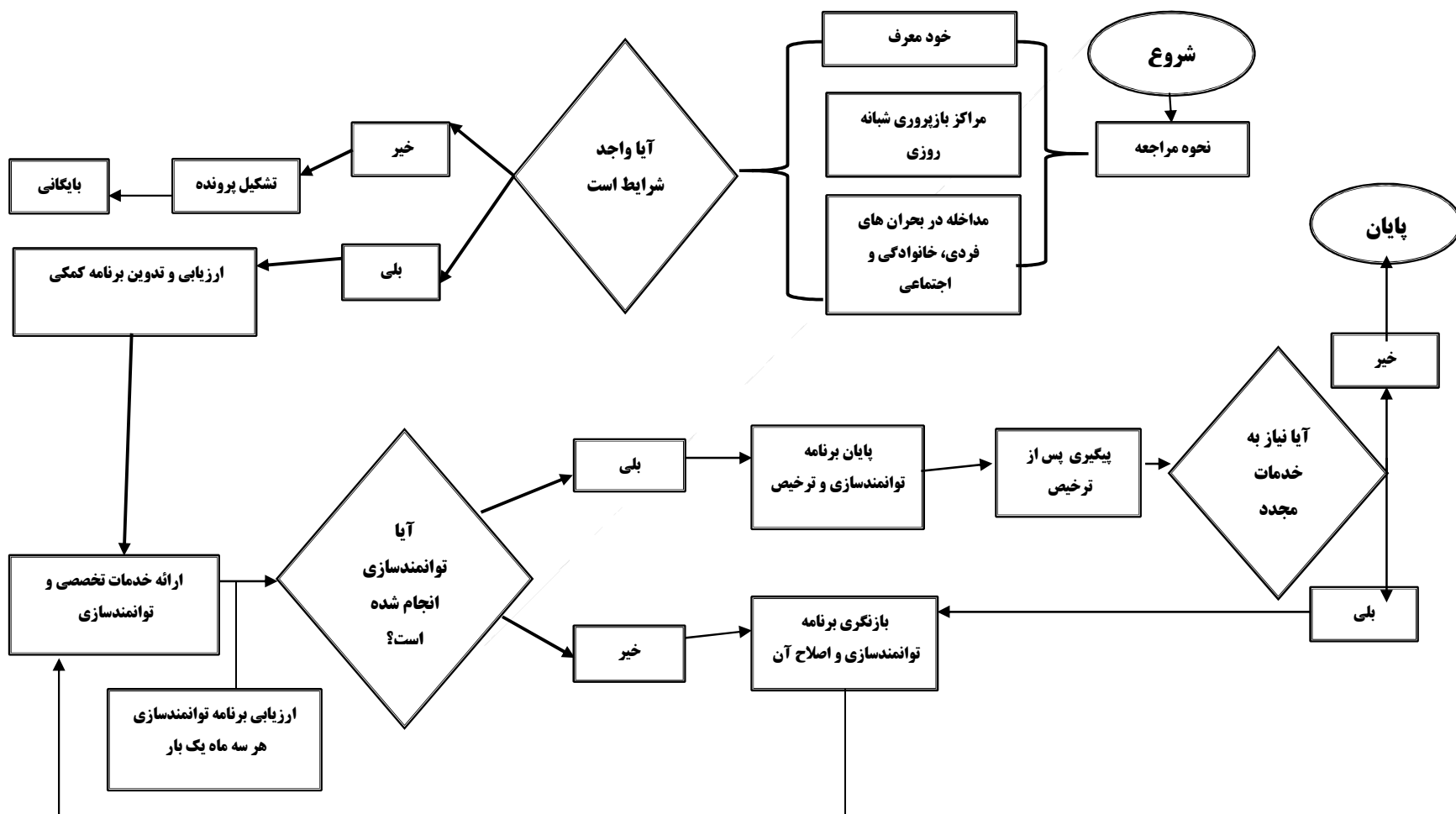
۵- پیگیری:

- مددکار اجتماعی مرکز موظف است پس از توانمند سازی و اشتغال ، پیگیریهای 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 .
- مددکار اجتماعی موظف است پس از انجام پیگیری از وضعیت اجتماعی، روانی و اقتصادی مددجو گزارش کتبی و شفاهی آن را در جلسه تیم تخصصی طرح تا نسبت به پذیرش مجدد، ارجاع خاص و یا هر نوع اقدام خاص که مورد نیاز است، تصمیم گیری شود. پیگیری در سه ماه اول هر ۱۵ روز یکبار در، در سه ماه دوم ماهی یکبار در شش ماه دوم حداقل سه بار و در سال دوم هر دو ماه یکبار می بایستی صورت پذیرد. بدیهی است تعداد پیگیری ها بسته به شرایط فردی ، خانوادگی و اجتماعی مددجو امکان افزایش دارد .

توجه:

- 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 مورد نظر می رسد و مشکلی برای آنان ایجاد نمی کند.
- پیگیری تا زمان رسیدن به استقلال کامل باید انجام شود . استقلال کامل یعنی وضعیتی که فرد در آن در زندگی شخصی موفق به فراگرفتن حرفه و بدست آوردن شغل و یا موفق به تشکیل خانواده و یا برقراری ثبات عاطفی و برقراری ارتباط مناسب بین فردی مددجو و خانواده اش و همچنین رشد مکانیسمهای انطباقی و قدرت تصمیم گیری شده باشد .

نمودار ارائه خدمات در مراکز حمایت و توانمندسازی از زنان آسیب دیده اجتماعی غیر اقامتی و غیر دولتی (راه نوین)



سایر اقدامات

۱- مستند سازی

- کلیه اقدامات انجام شده از زمان پذیرش تا زمان ترخیص باید بطور مستمر و بلافاصله در پرونده مددجو ثبت گردد.
- ثبت آمار و اطلاعات در صورت راه اندازی سامانه اطلاعات مراکز غیردولتی و غیر اقامتی حمایت و توانمندسازی زنان آسیب دیده اجتماعی در سامانه فوق (مراکز راه نوین)
- مرکز موظف است در صورت بروز مواردی از قبیل خودکشی مددجو، شناسایی باند های سوء استفاده کننده از زنان، خانه های تیمی و... ظرف ۲۴ ساعت به صورت شفاهی و محرمانه و ظرف ۷۲ ساعت به صورت مکتوب و محرمانه به کارشناس امور اجتماعی شهرستان گزارش دهد.
- ضروریست گزارشات مددکاری و روانشناسی ارسال شده به شهرستان و استان به گونه ای تهیه و تدوین گردند که قابلیت بهره برداری حقوقی و قضایی را داشته باشند.

۲- نظارت و ارزیابی

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

۱. نظارت و بازدید مستمر توسط کارشناس و مسئول امور اجتماعی شهرستان (ماه یکبار)
۲. نظارت و بازدید مستمر توسط کارشناس مسئول و معاون امور اجتماعی استان (حداقل سه ماه یکبار)
۳. نظارت و بازدید توسط رئیس شهرستان (حداقل سه ماه یکبار) و مدیر کل استان (حداقل شش ماه یکبار)
۴. ارسال گزارشات از مرکز به صورت ماهانه به شهرستان
۵. ارسال گزارشات هر سه ماه از شهرستان به استان
۶. ثبت اطلاعات و آمار مراکز در سامانه کشوری توسط استان به صورت دقیق پس از ایجاد و استقرار سامانه مراکز راه نوین.
۷. ارسال گزارش و تحلیل آماری به ستاد کشور در پایان هر سال.

۸. تعامل و برگزاری جلسات هم اندیشی با مدیران مراکز هر سه ماه در سطح شهرستان توسط رئیس و مسئول امور اجتماعی شهرستان.

۹. تعامل و برگزاری جلسات هم اندیشی با مدیران مراکز حداقل یکبار در سال در سطح استان توسط معاون امور اجتماعی و کارشناسان آسیب دیدگان اجتماعی استان.

۱۰. بازدید کارشناسان دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی کشور از مراکز تابعه در استانهای کشور و تهیه گزارش.

۱۱. بازدید معاونین و کارشناسان آسیب های اجتماعی استانها از سایر استانها.

۱۲. انجام بازدید توسط سازمانهای غیر دولتی ، انجمن های علمی و گروههای آموزشی خارج از سازمان پس از اخذ مجوز های لازم از ستاد استان.

۱۳. نظارت سایر حوزه های تخصصی استان و کشور مثل ارزیابی عملکرد یا حراست در صورت لزوم.

توجه: ثبت خلاصه گزارشات توسط کلیه بازدیدکنندگان فوق در دفتر بازدید مرکز الزامیست.

۳- منابع تامین اعتبارات

اعتبار مورد نیاز این طرح از اعتبارات دولتی و ملی و همچنین مشارکتهای مردمی (در صورتی که مرکز به عنوان موسسه حقوقی ثبت شده باشد) تامین می گردد .

حمایتهای مالی :

کمکهای مالی غیر مستمر (موردی) براساس دستورالعمل جامع مالی سازمان بهزیستی ، پس از طرح و تصویب در کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی استان و از طریق اداره کل بهزیستی استان پرداخت می گردد.

- درمان
- سرمایه و ابزار کار
- کمک هزینه مسکن
- لوازم ضروری منزل
- جهیزیه
- عیدی
- هزینه های پیش بینی نشده

• و ...

درمان: کلیه مددجویان میتوانند همانند سایر مددجویان سازمان بهزیستی از خدمات بیمه ای و درمانی بهره مند گردند .

سرمایه و ابزار کار: در تنظیم و طراحی برنامه های کمکی برای حل مسائل و مشکلات مددجویان و فراهم کردن زمینه لازم برای بازتوانی و کسب استقلال ، ضمن در نظر داشتن مشارکت فعال مددجو و اعضای خانواده اش، پرداخت سرمایه کار میتواند در سرلوحه برنامه ریزی ها قرار گیرد . این پرداخت بر حسب ضرورت و پیشنهاد مددکار یا روانشناس و تصویب کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی استان به صورت تهیه وسایل و ابزار کار و مواد اولیه ، و یا نقدی انجام گیرد و لازم است اعضای کمیته بر نحوه هزینه و چگونگی کاربرد و بهره گیری از وسایل و ابزار کار نظارت مستمر داشته و گزارش کاملی در این زمینه تهیه نماید و در پرونده مددجو درج کنند .

توجه: در صورتی سرمایه و ابزار کار برای مددجو تهیه میگردد که از نظر حرفه ای دوره و یا دوره های لازم را گذرانده باشد و در مرحله آمادگی کامل و تأیید شده برای اشتغال باشد .

کمک هزینه مسکن: به منظور کمک به اسکان مددجویان ضمن اقدام و تلاش در جهت استفاده از تسهیلات بانکی و منابع دیگر میتوان جهت تامین بودجه خرید ، احداث ، تعمیر و....مسکن پرداخت شود .

در صورت پرداخت ودیعه مسکن هنگام پرداخت ودیعه مبلغ پرداخته شده به نام سازمان در قرارداد قید میگردد که تا پنج سال قابل انتقال (برای مسکن جدید) میباشد . پس از اتمام این مدت در صورت تداوم زندگی عادی مددجو با تأیید کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی اصل این مبلغ در اختیار وی قرار میگیرد .

لوازم ضروری منزل :

به مددجویان مشمول این دستورالعمل میتوان برای تهیه وسایل منزل کمک هزینه پرداخت کرد که فاکتور در پرونده مددجو درج میگردد .

کمک هزینه آموزشی :

از آنجائی که یکی از مهمترین اهداف سازمان بهزیستی کشور سوق دادن مددجویان به سوی اشتغال و استقلال مالی و اجتماعی است ، بنابراین به منظور ایجاد تسهیلات در امر آموزش فنی و حرفه ای آنان میتوان با هماهنگی دفتر توانمند سازی زنان و خانواده سازمان بهزیستی در امر

آموزش فنی و حرفه ای مفید که امکان گذراندن آن در سازمان بهزیستی مقدور نباشد هزینه آموزش فنی و حرفه ای برای یک دوره به سازمان آموزش دهنده پرداخت شود (در صورت انعقاد تفاهم نامه از موارد تعیین شده در تفاهم نامه استفاده شود) و مبلغ قابل پرداخت متناسب با مبلغ کامل دوره آموزشی پیشنهادی بوده و فیش پرداخت شده در پرونده درج گردد. نکته ای که باید مد نظر قرار گیرد اینست که در پیشنهاد دوره آموزش برای مددجو باید شرایط مددجو از قبیل سن ، تحصیلات ، استعداد ، علاقه ، زمینه کاریابی و مد نظر قرار گیرد ، حرفه آموزی صورت پذیرد و منجر به فراهم شدن زمینه کسب استقلال و بازتوانی فرد بشود.

علاوه بر آموزش فنی و حرفه ای در سایر آموزشهایی که زمینه بازتوانی مددجو را فراهم میکند با تصویب کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی استان کمک هزینه آموزش قابل پرداخت خواهد بود .

تبصره ۱- قبل از ثبت نام و شرکت مددجو در دوره آموزشی باید اقدامات لازم جهت تخفیف یا رایگان نمودن هزینه توسط مددکار صورت گیرد و نتیجه آن در پرونده مکتوب شود .

جهیزیه :

به منظور کمک به تهیه جهیزیه مددجویان مشمول این دستورالعمل میتوان یکبار کمک هزینه جهیزیه پرداخت کرد .

هزینه های پیش بینی نشده :

به منظور کمک به رفع نیازهای پیش بینی نشده و حل مسائل و مشکلات ناشی از نیازهای مادی مشمول حمایت این دستورالعمل میتوان بر اساس دستورالعمل جامع مالی به مددجو پرداخت کرد که این مبلغ در چند مرحله پرداخت گردد .

مقررات عمومی

-میزان فعالیت مرکز مطابق ساعت اداری سایر سازمان ها و ادارات معادل هشت ساعت می باشد.
-به منظور خدمت رسانی بهتر به مددجویان امکان ارائه خدمات به صورت گردشی از ۷ صبح تا ۲۳ وجود دارد و مرکز می تواند زمان پیشنهادی خود (۸ ساعت متوالی در یک روز) را براساس شرایط آب و هوایی، فصل، منطقه و... به صورت مکتوب به استان اعلام و در صورت تایید در کمیته امور آسیب دیدگان ، برای یک فصل اجرا نماید.

- هرگونه تغییر دربرنامه ی ساعت کاری مرکزی بایستیبا هماهنگی و تایید اداره کل استان صورت پذیرد.

-مسئولیت نظارت برحسن اجرای فعالیتهای و عملکرد مراکز با مدیرکل استان می باشد. همچنین مدیراستان موظف است بطور مستقیم ویا از طریق اعزام معاون اجتماعی استان یا کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی استان اقدامات نظارتی بر چگونگی اجرای این دستورالعمل را بعمل آورند.

شرح وظايف

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

۱. مطالعه دقیق آئین نامه ها ، دستورالعمل های و بخشنامه های ارسالی از سوی سازمان و رعایت آنها. نظارت بر عملکرد کلی مرکز از لحاظ انطباق با آئین نامه ها ، دستورالعمل هاو بخشنامه هاو شرح وظایف
۲. مدیریت و حضور در مرکز
۳. شرکت در جلسات درون و برون سازمانی و ایجاد ارتباط با نهادها وسازمانهای ذیربط در صورت تایید اداره کل بهزیستی استان .
۴. ایجاد همکاری و هما هنگی تیم تخصصی.
۵. انجام به موقع مکاتبات اداری .
۶. انتخاب کارشناسان شایسته به لحاظ تخصصی، دارای ویژگی های مناسب شخصیتی و روحی ، علاقمند به کار و دارای انگیزه و معرفی به اداره کل بهزیستی جهت تایید نهایی.
۷. نظارت بر نحوه فعالیت وظایف و برنامه کاری کارشناسان و کارکنان .
۸. نظارت بر نوع رفتار پرسنل (تخصصی و غیر تخصصی) با مددجویان و خانواده های آنان.
۹. نظارت بر اجرای برنامه های روزانه مرکز (آموزشی و سایر) با همکاری مسئول پذیرش مرکز .
۱۰. برگزاری و شرکت در جلسات تیم تخصصی.
۱۱. شرکت در جلسات مربوط به مرکز در ستاد بهزیستی استان و شهرستان.
۱۲. رویت کلیه مکاتبات و ارجاع مناسب و پاسخگویی به مکاتبات با همکاری کارکنان مرکز.
۱۳. پیگیری و انجام امور محوله از سوی مدیرکل ، معاون امور اجتماعی و کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی شهرستان و استان.
۱۴. کنترل حضور و غیاب کارکنان .
۱۵. بررسی مسایل و مشکلات مرکز واعلام به اداره بهزیستی شهرستان
۱۶. نظارت بر وضعیت فیزیکی مرکز (اطمینان از ایمنی و سالم بودن ساختمان) و تهیه ملزومات مورد نیاز و نظارت بر استفاده صحیح از آنها .
۱۷. شرکت در دوره های آموزشی.
۱۸. پاسخگویی به شکایات مراجعین از عملکرد مرکز و کارشناسان
۱۹. مسئولیت پاسخگویی در زمان بازدیدهای نظارتی به بازدید کنندگان.

۲۰. ارائه بموقع وموثق آمار واطلاعات درخواستی از دفتر امورآسیب دیدگان اجتماعی و ثبت در

سامانه کشوری اطلاعات آسیب های اجتماعی در صورت راه اندازی

۲۱. رفتار توام با پذیرش واحترام با مددجویان وخانواده هایشان

۲۲. مستند سازی فعالیت ها

۲۳. تامین نیازهای اولیه مددجو به لحاظ بهداشتی و تغذیه ای و پوشاک (نیازهای اولیه فیزیولوژیک) در

صورت نیاز، قبل از ورود به چرخه توانمند سازی .

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

۱. تکمیل فرم پذیرش در بدو ورود خدمت گیرندگان به مرکز و ثبت اسامی خدمت گیرندگان در دفتر پذیرش و اعلام آمار روزانه به مسئول مرکز .
۲. معرفی خدمات و مقررات مرکز به مددجویان در بدو ورود و توجیه دقیق آنان در خصوص نحوه همکاری و حفظ مقررات مرکز .
۳. معرفی خدمت گیرندگان به واحد بهداشتی مرکز پس از پذیرش . (در صورتی که مراجع متقاضی باشد و یا نیاز آن احساس شود) .
۴. طبقه بندی پرونده های خدمت گیرندگان و نظارت کامل بر وضعیت نگهداری و بایگانی پرونده مددجویان به صورت محرمانه.
۵. همکاری جهت جمع آوری اطلاعات و آمار و ... با مسئول مرکز و دیگر کارشناسان .
۶. ثبت دفعات مراجعه و پذیرش مددجویان در مرکز .
۷. شرکت در جلسات داخلی مرکز و در صورت لزوم در جلسات تیم تخصصی مرکز .
۸. تنظیم صورتجلسه های تیم تخصصی
۹. انجام مکاتبات تحت نظر مسئول مرکز
۱۰. پاسخگویی به تلفن ها
۱۱. تدارک و پشتیبانی فیزیکی دوره های آموزشی داخل مرکز.
۱۲. شرکت در دوره های آموزشی حین خدمت کارکنان .
۱۳. رفتار توأم با پذیرش و احترام با مددجویان و خانواده هایشان
۱۴. تجزیه و تحلیل آماری عملکرد مرکز
۱۵. تهیه گزارش آمار و عملکرد ماهیانه مرکز با همکاری کارکنان و ارسال به موقع به حوزه امور اجتماعی شهرستان و استان
۱۶. انجام سایر امور محوله از طرف مسئول فنی.

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

۱. برقراری و ایجاد ارتباط مناسب حرفه ای 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 به منظور تشخیص مشکل و برنامه ریزی جهت رسیدن مددجو به توانمندی و استقلال و خودکفایی خدمت گیرندگان.
۴. در صورت داشتن خانواده ، شناسایی و مصاحبه با خانواده و انجام بازدید منزل و تهیه گزارش.
۵. مشخص نمودن وضعیت هویتی مددجو از نظر مدارک شناسائی چون شناسنامه ، کارت ملی و حساب یارانه ای مددجو .
۶. برنامه ریزی به منظور شرکت مددجو در برنامه های آموزشی مرکز و پیگیری وضعیت پیشرفت مددجو در این برنامه ها .
۷. ارتباط مستمر با خانواده و بستگان سببی و نسبی خدمت گیرندگان و تلاش در جهت فراهم کردن زمینه بازگشت به منزل.
۸. شرکت در جلسات تیم تخصصی مرکز و همکاری با سایر اعضای تیم تخصصی .
۹. پیشنهاد یا ارائه راهکار برای ارتقاء خدمات و فعالیتهای مرکز.
۱۰. شناسایی و هماهنگی با سایر منابع اجتماعی در جهت بازتوانی مددجو.
۱۱. شرکت در جلسات کمیته امور آسیب دیدگان اجتماعی و جلسات داخلی مرکز.
۱۲. برگزاری جلسات مددکاری گروهی با خدمت گیرندگان یا خانواده های آنان.
۱۳. انجام پیگیری های پس از ترخیص.
۱۴. ارائه بموقع و موثق آمار و اطلاعات درخواستی از دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی به مسئول مرکز و ثبت در سامانه کشوری اطلاعات آسیب های اجتماعی (در صورت راه اندازی)
۱۵. فراهم نمودن امکان ثبت نام فرزند مددجو در صورت نیاز در مهدکودک یا مدرسه.
۱۶. رفتار توأم با پذیرش و احترام با مددجویان و خانواده هایشان
۱۷. تشکیل گروه های خودیاری از بین مددجویان ترخیص شده
۱۸. تشکیل گروه های همتایان به منظور گسترش آموزش های توانمند سازی مراکز راه نوین به زنان جامعه هدف که تمایل به مراجعه ندارند.
۱۹. شرکت در دوره های بازآموزی پرسنل.
۲۰. سایر امور محوله از طرف مسئول فنی.

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

مرکز غیردولتی و غیراقامتی
حمایت و توانمندسازی زنان آسیب
دیده اجتماعی
(راه نوین)

۱. انجام مصاحبه اولیه و بالینی با مددجو و تکمیل فرم ها و ثبت گزارش اقدامات و فعالیتها ی مرتبط .
۲. ارزیابی دقیق وضعیت روانشناختی مددجو .
۳. مصاحبه با خانواده مددجو و خانواده درمانی.
۴. تشکیل و برگزاری گروه های درمانی.
۵. ثبت مشاهدات در مورد پیشرفت دوره های آموزشی و روند توانمند سازی مددجو.
۶. شرکت در جلسات تیم تخصصی مرکز.
۷. همکاری با سایر اعضای تیم تخصصی مرکز .
۸. آموزش به مددجویان در زمینه های مربوط به روانشناسی و مواردی مانند مهارتهای زندگی ، مهارتهای ارتباطی ، تغییر نگرش و بهداشت روانی.
۹. پیگیری وضعیت آموزشی مددجویان در مرکز و استفاده از ابزارهای تشویقی در جهت بهبود پیشرفت در امر آموزش مددجویان .
۱۰. اجرای تستها و آزمونهای روانشناختی مورد نیاز از قبیل MMPI-۲ و آزمون هوشی و کسلر.....
۱۱. مشاوره و رواندرمانی فردی مددجویان مرکز .
۱۲. پیگیری کلیه امور و مسائل روانشناختی مددجو
۱۳. شرکت در دوره های آموزشی.
۱۴. ارجاع مددجویان و خانواده هایشان به روانپزشک در صورت لزوم
۱۵. همکاری با مددکار اجتماعی مرکز در موارد مورد نیاز.
۱۶. ایجاد آمادگی روانی و انگیزه سازی در مددجویان و خانواده هایشان جهت شرکت در برنامه های مربوط به توانمند سازی
۱۷. برنامه ریزی جهت اوقات فراغت مددجویان.
۱۸. مطالعه و اشراف کامل نسبت به دستورالعمل تخصصی
۱۹. برخورداری از احساس مسئولیت و روحیه کار تیمی و پرهیز از عملکرد انفرادی
۲۰. ارائه بموقع و موثق آمار و اطلاعات درخواستی از دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی و ثبت در سامانه کشوری اطلاعات آسیب های اجتماعی در صورت راه اندازی
۲۱. رفتار احترام آمیز با مددجویان و خانواده هایشان
۲۲. انجام سایر امور محوله

راهنمای تکمیل فرم ها

فرم پذیرش : طبق اطلاعات خواسته شده در فرم تکمیل می‌گردد .

فرمهای روانشناسی و مدد کاری :

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

فرم شماره (۱) روانشناسی(شرح حال):

در بدو ورود و در اولین جلسه مصاحبه روانشناس با مددجو ، این فرم تکمیل می گردد . در ذیل موارد مختلف و توضیحات آن آورده شده است .

- علت مراجعه مددجو 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 مددجو به مرکز : نحوه مراجع مددجو به مرکز (آیا خودش مراجعه نموده و یا) بطور کامل نوشته شود .

- شرح مشکل فعلی از زبان مددجو:از مددجو خواسته می شود شرح مختصری از مشکل فعلی ودلیل ارجاع به مرکز مداخله در بحران شده ، 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 مددجو یادداشت شود .

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

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

- تاریخچه فردی : تمام اتفاقاتی که از هنگام تولد تا کنون برای مددجو رخ داده است ذکر می شود که شامل مسائل مربوط به قبل از تولد ، هنگام تولد ، دوره 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 آنها 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 مددجو 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 میکند.

- فرم شماره (۲) روانشناسی ارزیابی وضعیت روانی:

طبق اطلاعات خواسته شده در فرم تکمیل میگردد .

فرم شماره (۳) روانشناسی (ارزیابی روانشناختی و طرح درمان):

- نظر روانشناس و طرح درمان :روانشناس پس از انجام ارزیابی های لازم می بایست نوع مداخلات و اولویت بندی آنها را بنویسد .

- زمانبندی و اجرای طرح درمان : روانشناس بنا به تشخیص خود می تواند زمان مداخلات درمانی خود را به ترتیب اولویت بندی شده به طور نسبی تعیین نماید .

فرم شماره (۴) روانشناسی (اقدامات و مداخلات):

روانشناس می بایست اقدامات مداخله ای خود را با ذکر تاریخ و شماره جلسه یادداشت نماید .

فرم شماره (۵) روانشناسی (مصاحبه با خانواده):

- نام و نام خانوادگی مصاحبه شونده (گان) : فرد مصاحبه شونده الزاماً والدین فرد نیستند و در صورت فقدان والدین می توان با افراد دیگر خانواده و یا هر فرد دیگری که مراقبت و نگهداری او را بر عهده داشته است مصاحبه نمود .

- نسبت با مددجو: نسبت فرد مصاحبه شونده با فرد باید نوشته شود .

- چگونگی مددجو 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 مددجو و اقدامات انجام شده در جهت رفع مشکل توسط خانواده ذکر شود . (عیناً جملات مصاحبه شونده یادداشت شود)

- سوابق مشکلات قبلی مددجو و اقدامات انجام شده : در صورت وجود مشکلات قبلی سوابق آن و اقداماتی که خانواده در جهت رفع آن نموده است ذکر شود . (عیناً 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 . (در 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 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 یا خیر،اعضاء خانواده با ذکر اولویت ها نوشته شود .

- فرم گزارش کار گروهی (مددکاری):

- 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 و مقررات گروه

- ز: مبنای نظری و تئوری مددکار

- ۲- گزارش جلسات گروهی

- ۳- ارزیابی از جلسات گروه

- ۴- نتایج حاصل از فعالیت گروهی

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 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 مددجو در اولین مراجعه خود طرح می کند. البته ممکن است علت واقعی مراجع بعد از مدتی دقیقاً مشخص شود که لازم است در گزارش اصلاح شود.

مشخصات مددجو: در این قسمت کلیه اطلاعاتی که در خصوص مددجو 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)، بُعد 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 (زندان یا بازپروری، کانون اصلاح و تربیت و...)، نحوه گذراندن اوقات فراغت، محل سکونت و هر توضیح دیگری که در خصوص مددجو ضرورت دارد که ثبت شود در این قسمت نوشته می شود.

مشخصات خانواده مددجو: در این قسمت اطلاعاتی از اعضای خانواده مددجو 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 مددجو 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 مددجویان به علت نداشتن خانواده در زمان مراجعه یا بی اطلاعی مددجو 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 مددجو 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 مددجو و شماره تماس و نشانی برای مددجو به آن ها می باشد.

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

- مطالب آن گونه که ارائه میشوند؛ نوشته شود و برداشت شخصی خود را ننویسد.

- برای جمع آوری اطلاعات صرفاً به مددجو تکیه نشود و در شرایطی که امکان و ضرورت اخذ اطلاعات از اعضای خانواده، معلم، مدیر، مددکار اجتماعی، موسسه قبلی و پرونده قبلی مددجو با رعایت اصل رازداری حرفه‌ای از آن‌ها نیز اطلاعات را جمع‌آوری کنند.
 - ممکن است در جلسه یا جلسات اول مددجو اطلاعات دقیق در اختیار شما نگذارد. بهتر است اطلاعات جدید را با اطلاعات قبلی مقایسه نمایید.
 - در برخی از شرایط مددجویان قادر به ارائه اطلاعات نیستند. در این شرایط اخذ اطلاعات از اعضای خانواده و یا دیگران یا جمع‌آوری اطلاعات از طرف دیگر از جمله پرونده قبلی ضروری است.
- اطلاعات مربوط به گذشته مددجو: 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 می‌شود.
- اطلاعات مربوط به عوامل زمینه‌ساز مشکل به ترتیب اولویت: یکی از مهم‌ترین اطلاعات که برای تشخیص مشکل نیاز است اطلاعاتی است که عوامل زمینه‌ساز و موثر در بروز مشکل را مشخص می‌سازد. در این قسمت مددکار اجتماعی ابتدا اطلاعات جمع‌آوری شده را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و بررسی می‌کند که با توجه به اطلاعات بدست آمده چه عواملی زمینه‌ساز مشکل و موثر در بروز مشکل بوده است. توضیح این نکته ضروری است که چنانچه مددجو بیش از یک مشکل دارد عوامل زمینه‌ساز 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 برنامه‌های کمکی که در گذشته عمل شده و داشتن برنامه زمانبندی معقول برای اجرا لازم است کلیه اطلاعات مربوط به مددجو 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 جمع‌آوری شده را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و بررسی می‌کند که با توجه به اطلاعات بدست آمده آیا مشکل / مشکلات واقعی مددجو همان مشکل گفته شده توسط مراجع است. آیا ارتباطی بین مشکل و اطلاعات بدست آمده وجود دارد؟ آیا عوامل زمینه‌ساز همان است که مددجو گفته است؟ ممکن است اطلاعات بدست آمده و مشکلات تشخیص داده شده با آن چه مددجو می‌گوید 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 مددجو و یا خانواده او منتقل نموده و براساس تفاهم و تصمیم مشترک با مددجو مشکلات را به ترتیب اولویت تعیین کرد.

تدوین برنامه کمکی جهت حل مشکل: در این قسمت با مشارکت مددجو، بر اساس اولویت مشکلات یا نیازها به صورت زمانبندی شده و چگونگی اجرای هر برنامه و با توجه به توانایی های مددجو 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، آیا این برنامه ها اجرا شدند و یا ممکن است برخی از برنامه ها اجرا شده باشد، 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 مددجویانی 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 مددجو اثرگذار بوده در این قسمت آورده می شود.

پیگیری وضعیت مددجو: چنانچه مددجو، 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 مددجو 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 مددجو به مرکز تا زمان ترخیص انجام می شود به صورت کامل و تشریحی در این فرم ثبت می گردد . (کلیه مکاتبات ، تماس ها ، جمع آوری اطلاعات مجدد ، تدوین برنامه کمکی و ...)

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

- تاریخ انجام بازدید مشخص باشد .
- مشخصات مددجو 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 شماره (۴) مددکاری اجتماعی: (پیگیری)

کلیه اقداماتی که پس از توانمندسازی مددجو از مرکز انجام می گیرد به طور دقیق و مستمر با ذکر تاریخ و نام و نام خانوادگی پیگیری کننده ثبت شود .

فرم کمک های مالی :

کلیه کمک های مالی اعم از نقدی و غیرنقدی که مددجو از ورود به چرخه توانمندسازی در مرکز و رسیدن به مرحله توانمندسازی دریافت می دارد، 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 اقدامات پزشکی و روانپزشکی :

کلیه اقدامات پزشکی و روانپزشکی شامل معاینه ، تشخیص ، تجویز دارو و... در این فرم توسط پزشک و روانپزشک ثبت گردد .

پیوست ها

نظریه ها و تبیین های زیست شناختی رفتارهای انحرافی

برخی از صاحب نظران بر این باورند که عوامل زیست شناختی مانند نقص جسمانی و وضعیت خاص ژنتیکی در بروز رفتارهای انحرافی موثر است که در ذیل بطور اختصار به برخی از این نظریه ها اشاره می گردد:

نظریه جانی فطری (جانی زادگان): نتیجه بررسیهای لمبروزو منجر به پیدایی این نظریه شد که در هر جامعه عده ای پیدا می شوند که " جانی زاده " یا " جانی مادرزادی " بوده و خواه و ناخواه مرتکب جنایت می شوند . به نظر او چنین افرادی را می توان از روی علایم بدنی آنها باز شناخت (ستوده ، هدایت الله ۱۳۷۶).

اینان از نظر شکل ظاهری به میمون شبیه می باشند و دارای پیشانی بلند، گونه های کشیده ، دهان و گوشهای جلو آمده هستند. البته ادعای این دانشمند هیچ گاه از طریق آمار و داده های علمی تایید نشد. (قنادان، ۱۳۷۵)

نظریه آیزنگ: هانس آیزنگ اظهار می دارد که توارث می تواند عاملی بسیار قوی در ارتکاب تبهکاری باشد . انگیزه نخستین انسان "لذت جویی و درد گریزی " است لذا نمی توان بوسیله مجازات های قانونی این انگیزه ها را مهار کرد چرا که در بیشتر موارد لذت جویی به گذشت نیاز ندارد و آنی است ، حال آنکه مجازات با دیرکرد زمانی در انتظار فرد است . بدین گونه بخاطر شکاف زمانی میان کجروی و مجازات ، کجروی تکرار می شود . آیزنگ معتقد است که بین ویژگیهای شخصیتی چون برون گرایی و رفتار انحرافی رابطه وجود دارد . شخص برونگرا ، ماجراجو و مغرور است ، سریع واکنش نشان می دهد . تمایل به پر خاشگری دارد . احساسات در کنترلش نیست و بدون اندیشه و تأمل عمل می کند . همه مردم جایی میان درونگرایی و برونگرایی هستند ولی رفتاری که امکان جنایت و انحراف را افزایش می دهد از نوع برونگرا است (ستوده ، هدایت الله ۱۳۷۶).

تیپ شناسی شلدون: بار دیگر اندیشه ارتباط میان ساختمان زیستی و تبهکاری در مطالعات ویلیام شلدون در سالهای ۱۹۴۰ احیا شد . او کوشید تا شخصیت و رفتار افراد را به تیپ بدنی آنها (چاق ، عضلانی و استخوانی) مرتبط سازد. او پس از تحقیق و بررسی به نتایج زیر دست یافت : کسانی که بدنی عضلانی دارند احتمال تبهکاری آنها بیشتر است ، زیرا اینگونه افراد زورگو ، پرتوان و عصبی اند. افراد چاق معمولاً مهربان و آسایش طلبند، ولی کسانی که استخوانی باشند بسیار حساس و تا اندازه ای گوشه گیرند . در سال ۱۹۶۵ بر اساس نتایجی که در مقایسه بین پانصد پسر جوان بزهکار

با ۵۰۰ جوان معمولی انجام شد ، معلوم گردید که از نظر آماری درصد چشمگیری از جوانان بزهکار ، از تیپ عضلانی هستند (ستوده ، هدایت الله ، ۱۳۷۶)

اختلالات کروموزومی: اخیراً بعضی از پژوهشگران کوشش کرده اند ، تمایلات تبهکارانه را با گروه خاصی از کروموزومها در توارث ژنتیکی مربوط سازند. از آنجا که کروموزومها ، مرکز انتقال منشهای ارثی هستند ، برخی از جرم شناسان بر آن شدند تا در رابطه با اینکه جنایت ارثی است یا نه ، تحقیق کنند. همانطور که می دانیم یک مرد بهنجار دارای الگوی XY و یک زن بهنجار دارای الگوی XX است . برخی از پژوهشگران را عقیده بر این است که افراد جنایتکار یک کروموزوم اضافی (مردان XXY و زنان XXX) دارند . (ستوده ، هدایت الله ۱۳۷۶)

نظریه ها و تبیین های جامعه شناختی رفتارهای انحرافی

جامعه شناسان ریشه بسیاری از انحرافات اجتماعی را در محیط و شرایط اجتماعی جستجو می کنند و علل زیرساز بسیاری از آنها را خود جامعه می دانند که در نظریات ذیل به آن می پردازیم:

نظریه و فعالیت مددکاری اجتماعی ضد محرومیت :

« دالریمپل » و « بورک » (۱۹۹۵) ، در گزارش جامعی از فعالیت علمی ضد محرومیت ، بسیاری از نظراتی را مطرح کرده اند که در اینجا بحث می شود. آنان تأکید دارند که چگونه مسئولیت های قانونی و حرفه ای مددکاران اجتماعی ممکن است به شیوه ای غیر عادلانه یا توانمند کننده اجرا گردد. از این رو ، آنان الگوی کاری اشان را در زمینه فوق العاده دشواری برای مددکاری اجتماعی ، یعنی استفاده از قدرت و اختیار ، در جهت حمایت و حفاظت هم از جامعه عمومی و هم مراجعان ، مطرح کرده اند. این کار الگوی تنظیمی آنان را برای ایجاد تمرکز بر زمینه مددکاری اجتماعی که به نظر می رسد در تضاد با حمله به تبعیض و ایجاد توانمندی برای مراجعان باشد ، کاملاً قوی تر می سازد.

« دالریمپل » و « بورک » معتقدند که ارتباط دقیقی باید بین محیط اجتماعی شخصی افراد که می تواند آنان را بی قدرت نماید ، و سیستم اجتماعی وسیع تر که بی قدرتی گروه های خاص را تقویت کرده و آن را مسلم و موجه می داند ، دیده شود. همچنین مددکاران باید از محتوا و زمینه کاری و موسسه اشان آگاه باشند ، بطوری که آنان فقط آن دسته از خط مشی های موسسه را که به طور معمول محدود کننده هستند ، نپذیرند ، و آنان باید درباره هر کاری که انجام می دهند به تفکر ، تحلیل و ارزیابی بپردازند. چنین اصولی باید در فعالیت عملی بکار گرفته شود تا مددکاران اجتماعی

را قادر کند بفهمند در کجا و چه زمانی آنان به جای استفاده از شیوهٔ رادیکالی، در حال به کار بردن ارزش ها و حقوق و وظایف قانونی خود به شیوهٔ آزادمنشانه هستند. از این رو، در فعالیت ضد ستم و محرومیت از نظر « دالریمپل » و « بورک » لازم است نکات ذیل را رعایت گردد.

- رویکرد توانمندسازی
- کارکردن مشارکتی با مراجعان
- حداقل مداخله

تمرکز کمک کردن به مراجعان را در جهت بدست آوردن کنترل بیشتر بر زندگی خودشان طلب می نماید. بطوری که از منابع فردی خودشان آگاه شده و از آنها استفاده نمایند، بر موانعی که در راه برآوردن نیازها و رسیدن به خواست هایشان وجود دارد، غلبه کنند، صدا و نظراتشان در تصمیم گیری شنیده شود، و قادر شوند با موقعیت های شخصی مراجع و نابرابری را تجربه می کنند، مبارزه نمایند. توانمندسازی ایجاد ارتباط بین موقعیت های شخصی مراجع و نابرابری های ساختاری را طلب می کند. توانمندسازی اقتضا می کند به افراد کمک شود دریابند که چگونه مسایل برای آنان اتفاق افتاده است و سعی نمایند راه هایی را بیابند که آنان بتوانند حداقل روی جنبه هایی از زندگیشان کنترل داشته باشد. این امر سر درگمی مراجعان را کاهش داده و به آنان کمک می کند احساس نمایند تأثیر و کنترل بیشتری بر زندگیشان دارند.

دالریمپل و « بورک » در چند سطح مختلف کار می کنند که عبارتند از :

- احساسات ، زمانی که در جهت کاهش تأثیرات تجارب فردی که منجر به احساس بی قدرتی در مددجو شده است، تلاش می گردد . دالریمپل و « بورک » همانند « ریس » (۱۹۹۱ فصل ۱۲ را ببینید) ، بر اهمیت بررسی تاریخچه زندگی افراد جهت دانستن چنین تجربیات فردی، تأکید دارند.
- نظرات ، زمانی که تمرکز بر احساسات خود ارزشی مراجعان است و تلاش می گردد توانایی شان در کنترل بر زندگی و احساساتشان و توانایی عمل کردن اشان افزایش یابد. این کار شبیه فعالیت حمایت از من (ایگو) در مددکاری روان پویایی و بخش اعظم فعالیت مبتنی بر نظریه شناختی است. این هدف در اینجا منجر به تغییر آگاهی در مددجو دربارهٔ توانایی ایش می گردد.
- اقدام ، که در اینجا مربوط به ایجاد تغییرات در موسسه، سیستم رفاه اجتماعی ، و یا سیستم های وسیع تری است که اثرات نامساعدی بر مراجعان دارند.

جنبه بعدی فعالیت ضد محرومیت « دالریمپل » و « بورک » مشارکت را در بر می گیرد. یک چارچوب مدونی برای کار مشارکتی توسط « استیون سون » و « پارسلو » (۱۹۹۳) براساس طرح مراقبت جامعه ای، مشخص شده است که خط مشی های ذیل را طلب می کند:

- مشکلات فقط با رضایت صریح و آشکار مراجع مورد رسیدگی قرار گیرد.
 - زمانی درباره مشکلات اقدام گردد که موافقت صریح و روشن مراجع و یا مقررات قانونی صریحی وجود داشته باشد.
 - اقدام باید با در نظر گرفتن دیدگاه ها و نیازهای تمام اعضای خانواده مربوطه صورت گیرد.
 - اقدام باید براساس توافقی باشد که از طریق مذاکره حاصل شده باشد، به جای آنکه براساس فرضیات یا پیش داوری ها درباره نیازها و خواست های مراجعان باشد.
 - به مراجعان بالاترین درجه ممکن از حق انتخاب داده شود، حتی زمانی که آنان ممکن است از لحاظ قانونی مجبور به پذیرش باشند.
- « دالریمپل » و « بورک » توصیه می کنند که از توافق نامه کتبی استفاده گردد که در شرایطی که رابطه مؤثر و مناسبی بین مددکار و مراجع وجود داشته باشد، بدست آمده باشد. همچنین، مراجعان باید به حامیان مستقلی که بتوانند دیدگاه هایشان را به طور مؤثری ابراز و بیان دارند، دسترسی داشته باشند. تهیه جداول یا معیارهای کتبی درباره خدمات و توضیحات درباره حقوق مراجعان چارچوب دقیقی را برای مراجعان فراهم می کند تا بتوانند استحقاقات و حقوق خود را بشناسند. کار مشارکتی شامل: فعالیت کارآمد بین موسسه ای و برنامه ریزی دقیق خدمات است، بطوری که مراجعان بالاترین درجه انتخاب و کمترین موانع موسسه ای و حرفه ای را برای اجرایی کردن حق انتخاب خود داشته باشند. مداخله حداقل طلب می کند مددکاران از قدرت بالقوه اشان آگاه باشند. ناآگاهی می تواند باعث ستم بر مراجعان شود، یا منجر به مداخله افراطی یا غیر مشارکتی یا باعث شکست مداخله گردد، در حالی که مددکاران با کاربرد مناسب قدرتشان می توانند به آنان کمک نمایند و از آنان حمایت کنند. مددکاران ترجیح می دهند در سه سطح مختلف به مداخله بپردازند:
- سطح اولیه، برای پیشگیری از به وجود آمدن مشکلات. در این سطح خدمات باید متناسب با نیازهای مراجعان گردد و کمک کننده به آنان باشد، منابع جامعه ای جهت کمک به آنان بسیج گردد، به جامعه عمومی افراد در معرض آسیب و مشکل آگاهی و آموزش داده شود، تا آنان قادر گردند خودشان را اداره نمایند.

- سطح ثانویه ، تمرکز بر مشکلات و تلاش برای اقدام درباره آنها قبل از آنکه این مشکلات جدی تر و شدیدتر شوند. اقدام به موقع در این سطح میزان مداخله در زندگی مراجعان را کاهش می دهد.

- سطح ثالثیه (یا ثالث) ، کاهش پیامدها یا عواقب برای افراد، هنگامی که کار غلطی صورت گرفته یا مشکلی پیش آمده ، یا اقدامی بر موسسه تحمیل شده است.

این رویکرد تأکید می کند نباید تا آخرین لحظه ممکن منتظر بمانیم ، و آنگاه مجبور به اقدام افراطی یا ستمگرانه شویم. بهتر است در مرحله اولیه یعنی پیشگیری مداخله کنیم تا بعداً مجبور به دخالت های بیشتری در زندگی مراجعان نشویم.

عنصر اصلی رویکرد « دالریمپل » و « بورک » پیوند دادن راهبردها برای ایجاد تغییر وسیع تر در اقدام روزانه است. این امر از ستم بر مراجعان ، توسط اقدامات مددکار و یا خط مشی های موسسه یا خدمات، جلوگیری می کند. رویکرد راهبردی به مسایل در برگیرنده اقدامات ذیل است:

- شناسایی دقیق و صریح مسئله و اهدافی که باید برای حل مسئله در نظر گرفته شود.
- تقسیم مسئله و اهداف به اجزای کوچکتر ، به طوری که آنها قابل مدیریت شوند.
- تعیین محدودیت زمانی یا هدف
- بررسی و ارزیابی موفقیت با توجه به تعریف و هدف
- ایجاد ارتباط با سایر افرادی که روی همان مسئله و یا مسایل مشابهی کار می کنند.

نظریه فشار ساختاری:

این نظریه رفتارهای انحرافی را نتیجه فشارهای اجتماعی می داند که بعضی از مردم را وادار به کجروی می کند تعبیر بسیار ساده این نظریه دریک ضرب المثل معروف آمده است که " فقر باعث جرم می شود ". به موجب این ضرب المثل وجود فراوان فقر در یک ساختار اجتماعی فشارهایی را برای بروز انواع خاصی از کجرویها فراهم می سازد . نظریه نوین فشارهای ساختاری مفهوم " بی هنجاری " را به وسیله دورکیم واردجامعه شناسی کرد دورکیم مفهوم بی هنجاری را جهت روحیه مردم جامعه های شهری ابداع کرد . او بی هنجاری را از ویژگیهای اجتماعی دانست که در آن هنجارها مبنای ثابت و محکمی ندارند و مردم نمی دانند از آنان چه انتظار می رود و تکلیفشان چیست . بطور کلی ، بی هنجاری به وضعیت آشفته ای در جامعه گفته می شود که هنجارها از بین رفته ، یا در تضاد قرار گرفته باشند.(ستوده ، هدایت الله ۱۳۷۶)

پس از دورکیم رابرت مرتن (۱۹۶۸) جامعه شناس آمریکایی نظریه خود را بر پایه نظریه اوتعمیم داد. از دیدگاه مرتن نه تنها خودکشی، بلکه انواع رفتارهای انحرافی نیز حاصل شرایط بی هنجاری جامعه است (۱۹۸۶). به نظر او یکی از علل ایجاد بی هنجاری، محدودیت در حصول به هدفهای پذیرفته شده فرهنگی یا وسایل دسترسی به آنها و یا هردو می باشد. به عبارت دیگر وقتی افراد یک جامعه برای برآوردن خواسته هایشان از طریق به کارگیری شیوه های پذیرفته شده فرهنگی و راههای قانونی، ناکام می شوند به سوی راههای قانونی و انحرافی کشیده می شوند، بدین ترتیب افراد، ثروت و قدرت را از طریق راههایی چون فحشا، جرایم سازمان یافته، دزدی، اختلاس، قتل و... بدست می آورند. (قنادان، ۱۳۷۵)

نظریه انتقال فرهنگی: نظریه انتقال فرهنگی بر این نکته تاکید دارد که رفتار انحرافی از طریق معاشرت با "دوستان ناباب" آموخته می شود. ادوین ساترلند (۱۹۳۹) بر این اعتقاد است که رفتار انحرافی از طریق "معاشرت با اغیار" یا پیوند افتراقی "یعنی داشتن روابط اجتماعی با انواع خاصی از مردم مانند جنایتکاران، آموخته می شود. اومی گوید: برای آنکه شخص جنایتکار شود، باید نخست بیا موزد که چگونه می توان جنایت کرد. درواقع، فرآیند یادگیری رفتار انحرافی به وسیله دوستان فرد مجرم تعیین می شود. (قنادان، ۱۳۷۵)

یکی دیگر از نظریه پردازان نظریه انتقال فرهنگی "میلر" است او ادعا می کند که افراد تنها با زندگی در میان طبقات اجتماعی فرو دست و تاثیر پذیری از خرده فرهنگ آنها است که به طرف اعمال غیرقانونی و رفتارهای انحرافی کشیده می شوند. (قنادان، ۱۳۷۵)

نظریه برچسب:

نظریه پردازان نظریه برچسب، انحراف را یک پدیده اجتماعی می دانند و بر این باورند که کج رویهای اجتماعی ناشی از عوامل روانشناختی یا زیست شناختی نیست و منحرفان ذاتا منحرف نیستند، بلکه این جامعه است که هویت انحرافی را در افراد پدید می آورد. بسیاری از جامعه شناسانی که در نظریه برچسب کار کرده اند بخصوص هاوارد بکر معتقدند که گروههای اجتماعی قانون را به وجود می آورند و این گروهها هستند که مشخص می کنند که چه رفتاری و تحت چه شرایطی باید انجام شود. بکر معتقد است که بر اساس این فرضیه که قوانین و نقشه ها را اجتماع می سازد و اینکه این نقشه ها و قوانین به طور یکسان و یکنواخت توسط افراد رعایت نمی شوند "نظریه برچسب" بوجود می آید. (ستوده، هدایت الله ۱۳۷۶)

دیدگاه کارکردگرایی:

در تبیین کارکردی یک پدیده اجتماعی به آثار و نتایج آن توجه می شود. کارکردگرایان مدعی آنند که هر یک از اجزاء و عوامل نظام اجتماعی کارکردی دارد که برای کل جامعه ضروری است به همین دلیل، در جواب این سوال که چرا برخی از جامعه ها روسپیگری را به طور رسمی نپذیرفته یا غیر قانونی ندانسته اند و حتی به طور ضمنی موجودیت آن را قبول و نسبت به آن بردباری به خرج می دهند، به تبیین کارکردی آن کمک می کنند. بدین ترتیب به عقیده آنان روسپیگری نوعی نهاد اجتماعی است که برای کل نظام اجتماعی که در قبال آن واکنش نشان نمی دهند یا سکوت می کنند، لازم به نظر می رسد. کارکردگرایان، کارکردهای روسپیگری را به شرح زیر می دانند:

۱. روسپیگری استغنائی جنسی افرادی را که قادر یا حاضر به همسرگزینی نیستند، فراهم می کند.

۲. روسپیگری استغنائی جنسی موقت افرادی مانند: جهانگردان، ملوانان و دیگر کسانی را که دور از خانواده های خود به سر می برند تامین می کند.

۳. روسپیگری برای کسانی که حاضر یا قادر نیستند نیازهای جنسی خود را از طریق مشروع دنبال کنند، شرایط نسبتاً مناسبی محسوب می شود.

به طوری که ملاحظه می شود، کارکردگرایان روسپیگری را فقط بر حسب نتایجی که برای کل نظام جامعه دارد مورد تحلیل قرار می دهند. اما باید دانست که چنین تحلیلی تنها بخشی از واقعیت های آن را مشخص می کند و مسایل مهمتر دیگری از قبیل علل ساختی و تضادهایی که برای خانواده ها پدید می آورد و موجب از هم پاشیدگی خانواده ها می شود، در این دیدگاه مورد غفلت قرار می گیرد. (ستوده، هدایت الله ۱۳۷۶)

کنترل اجتماعی:

کنترل اجتماعی "به مکانیسم هایی اطلاق می شود که جامعه برای واداشتن اعضایش به سازگاری و جلوگیری از ناسازگاری به کار می برد" به مفهومی دیگر، کنترل اجتماعی به مجموع عوامل محسوس و نامحسوسی که یک جامعه در جهت حفظ معیارهای خود به کار می برد و مجموع موانعی که به قصد جلوگیری افراد از کجروی اجتماعی در راه آنان قرار می دهد، گفته می شود. و بالاخره کنترل اجتماعی را می توان "مجموعه ای از منابع مادی و نمادینی دانست که در اختیار جامعه

قرارداد و برای حصول اطمینان از هم‌نوایی رفتارهای اعضای خود با اصول و مقرراتی از پیش تعیین شده و مورد تایید، از آن استفاده می‌کند. (ستوده، هدایت الله ۱۳۷۶)

نظریه‌ها و تبیین‌های روانشناختی رفتارهای انحرافی

برخی نظریه‌ها ی روانشناختی مربوط به انحراف از مرز شیوه زیست شناختی عبور می نمایند، درحالی‌که برخی دیگر از این زمینه بسیار دورند (کلدی، ۱۳۸۱) بطور کلی بسیاری از نظریه‌های روانشناختی درصدد تبیین و تفسیر رفتارهای انحرافی برآمده‌اند. که در ذیل به طور اختصار به برخی از این نظریات اشاره می‌گردد:

نظریه فروید در مورد غرائز آدمی:

اکتشاف دیگر فروید که از لحاظ بحث ما در تبیین روان شناختی کژرفتاریها اهمیت دارد نظریه او در باره غرایز آدمی است. از نظر فروید انسان برای رفع نیازهای حیاتی خود تجهیزاتی فطری دارد که اوبه این تجهیزات فطری غریزه می گوید و آنها را به دو دسته تقسیم می کند. غریزه زندگی و غریزه مرگ. فروید براین باور است که روان آدمی عرصه کشاکش این دو نیروی متضاد است. کیفیت متعادل بودن شخصیت وضع روانی هرفردی بستگی برچگونگی این مبارزه دارد. بدین شرح که اگر این تضاد روانی متعادل باشد، زندگی انسان آرام است، اما هرگاه دراین نبرد نیروی زندگی بر نیروی مرگ پیروز شود، انسان به کمرویی و گوشه نشینی روی خواهد آورد ولی اگر نیروی مرگ بر نیروی زندگی پیروز شود موجب خشونت و پرخاشگری و ایجاد تمایل به اعمال وحشیانه و مخرب پیدا می کند و امیال و تمایلات او فقط با زجر و شکنجه دادن دیگران ارضا می شود. اساس وریشه این عوامل روانی در کودکی بوجود می آید و از همان زمان به شخصیت انسان شکل می دهد. (ستوده، هدایت الله ۱۳۷۶))

فروید با بیان نظریه غریزه مرگ توجه انسانها را به این امر مهم جلب می کند که نه تنها از لحاظ شناختن بیماریهای روانی اهمیت دارد، بلکه عاملی است که در اجتماع نباید از آن غافل بود و آن داعیه "پرخاشگری" است. روانکاوی کودکان و نیز مبتلایان به پسیکوزها به روشنترین وجهی نشان داده است که درموجود زنده گرایش به تخریب، خرابکاری و نابود کردن وجود دارد. این گرایش گاه به سوی خود شخص برمی گردد و ایجاد بیماریهای مختلف روانی می کند و اغلب به سوی دیگران معطوف می گردد و هماهنگی زندگی اجتماعی را برهم می زند. (ستوده، هدایت الله ۱۳۷۶)

رویکرد تحلیل روانشناختی:

در مدل روانکاوی کلاسیک منحرفین کسانی هستند که نتوانسته اند فرآیند رشد طبیعیبه سمت سازگاری با جنس مخالف راتکمیل کنند. ولی برخی رویکردهای روانکاوی جدید این مدل راتعدیل کرده اند. وجه افتراق فرد منحرف جنسی از دیگران روشی است که این فرد (معمولا مردان) برای مدارا با اضطراب ناشی از تهدید اختگی از سوی پدر وجدایی ازمادر انتخاب می کند. با وجود تظاهرات عجیب وغریب آن، رفتار فرد منحرف دریچه ای برای سائق های پرخاشگری وجنسی فراهم می کند که در غیراینصورت به سوی رفتار جنسی متناسب هدایت می شود. (سادوک، ۱۳۸۲)

رویکرد تحلیل رفتار:

پیدایش انحرافات جنسی را به تجارب اولیه ای نسبت می دهند که کودک را نسبت به انجام اعمال انحرافی ترغیب یا شرطی می سازند. نخستین تجربه جنسی مشترک ممکن است از این لحاظ اهمیت داشته باشد.

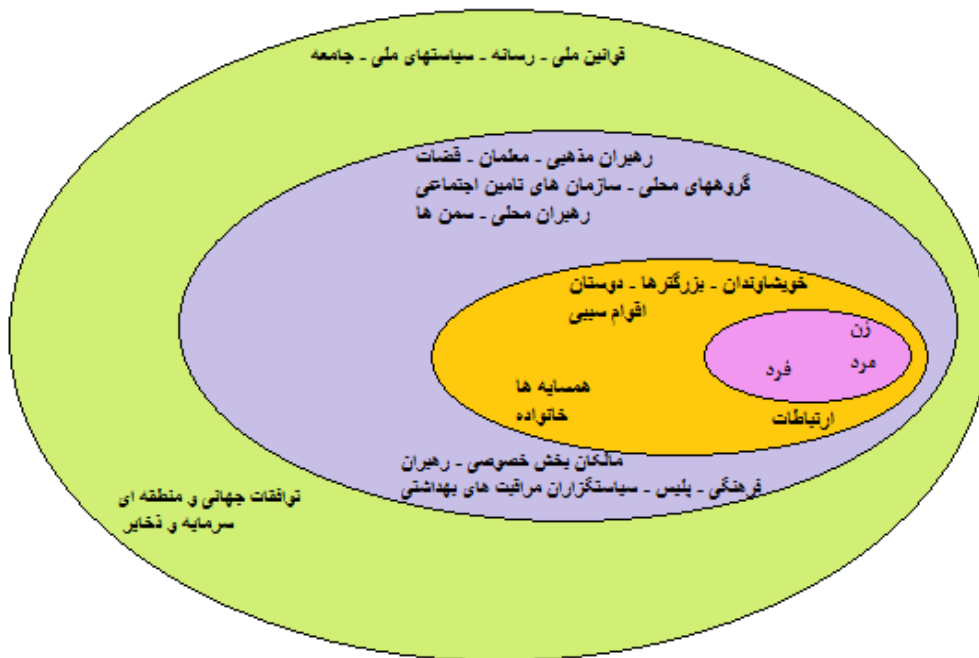
سواستفاده جنسی از کودک، اورابه ادامه آن در بزرگسالی یا برعکس اقدام به سواستفاده از دیگران وادارد. بنابر نظریه یادگیری چون تصور علاقه انحرافی در سنین پایین شروع می شود وچون تخیلات وافکار شخصی با کسی در میان گذاشته نمی شود (که می تواند این افکار وعلاقی را وقفه داده یا تضعیف کند) استفاده وسواستفاده از خیالات وامیال انحرافی بدون وقفه ومهار تا بزرگسالی ادامه می یابد. در همین دوره است که شخص در می یابد که چنین علاقه وامیال انحرافی با موازین اخلاقی اجتماعی ناسازگار است. متاسفانه در چنین زمانی کاربرد مکرر چنین تخیلاتی به صورت ریشه دار درآمده وافکار ورفتارهای جنسی با تخیلات انحرافی یاشرطی ویا مربوط شده است. (سادوک، ۱۳۸۲)

مدل آبرامسکی:

یکی از مهمترین انواع مداخله برای پیشگیری و کاهش خشونت علیه زنان مداخلات اجتماع محور هستند. اثر بخشی این نوع مداخله در پژوهش آبرامسکی وهمکاران (۲۰۱۲) مورد تایید قرار گرفت. آنها در مطالعه خود مدل منطقی بکار گرفته شده در SASA^۱ را استفاده کردند. مهمترین استراتژی های مورد استفاده در SASA عبارتند از فعال سازی محلی، استفاده از رسانه ها وحمايت يابی و آموزش.

Start: آغاز اندیشیدن به موضوع خشونت خانگی

این مدل علاوه بر تاکید خاص در موارد همسر آزاری؛ به جهت اینکه به تمامی جنبه های فردی، آشنایان فرد، اجتماع محلی فرد و جامعه توجه دارد مورد استفاده در توانمند سازی دختران و خانواده های ایشان نیز میباشد(راهنمای مداخلات تخصصی در خانه های امن، ۱۳۹۴)



عوامل فردی و خانوادگی موثر در انحرافات

مشکلات فیزیکی و رشدی:

نقص بدنی و بدشکل بودن باعث به انحراف کشیده شدن افراد می گردد تا جایی که تحقیقات نشان می دهد، در موارد زیادی بسیاری از افراد که بنحوی به علت ارتکاب جرایم به زندان

Awareness: افزایش آگاهی اعضای اجتماع محلی در مورد استفاده مردان از قدرت علیه زنان

Support: حمایت از قربانیان خشونت

Action: تلاش برای پیشگیری از خشونت

محکوم گردیده اند ، از نظر ظاهری دارای مشکل بوده و از نظر فکری نیز نارساییهای عقلی و دماغی داشته اند . تحقیقات چارلز گورینگ موید چنین وضعیتی است و لذا عامل فیزیکی ورشده نقش موثری در به انحراف کشیدن افراد در جامعه دارند. (شیخی، ۱۳۸۲)

اختلالات روانی:

شکل مهم دیگر انحراف ، ناشی از اختلال روانی یعنی عدم توانایی روان شناختی برای مقابله واقع بینانه و موثر با سختیهای معمولی زندگی است. کسانی که اختلال روانی دارند هنجارهای اجتماعی مربوط به واقعیت را نقض می کنند زیرا رفتار آنان می تواند افسردگی غیرمنطقی ناخوش خیالیهها، خیالات باطل ، و نارساییهای تفکر و زبان را در برگیرد. رفتار چنین بیمارانی غیرقابل پیش بینی و غیرقابل درک می باشد و حتی می تواند در تضاد با دیگران باشد این امر موجب می شود روابط متقابل اجتماعی دشوار یا حتی غیر ممکن شود. (شیخی، ۱۳۸۲)

اغلب افراد مجرم و منحرف آن طور که گیلین جامعه شناس معروف نیز عقیده دارد ، دارای بیماریهای روانی بوده اند. (ستوده ، ۱۳۷۶)

فریب:

از جمله مواردی که می تواند زمینه ساز فحشا و روسپیگری در جامعه باشد ، فریب خوردن و اعتماد کردن بی جا به افرادی است که آنها را کاملاً نمی شناسند . فریب خوردن ممکن است علل مختلف داشته و روشهای گوناگونی توسط افراد فرصت طلب ، عامل فریب زنان و دختران شود . (سلطانی، ۱۳۸۲،

تنش خانوادگی:

چنین وضعیتی امروزه به عنوان یک بحران ، یک وضعیت نا بهنجار و نظیر آن در بسیاری از خانواده ها به چشم می خورد. باینکه قوانین نوین حمایت از حقوق خانواده برای از بین بردن جو تشنج تلاش زیاد دارند ، لیکن با بالا رفتن سطح سواد و آموزش ، موقعیت اقتصادی خانواده و استقلال مالی زن در خانواده ، چنین وضعیتی در اغلب جوامع مخصوصاً جوامع شهری به چشم می خورد . برخوردها و مجادله های خانوادگی منعکس کننده چنین وضعیتی است که خود زمینه را برای انحراف و گسترش آن فراهم می کند. (شیخی، ۱۳۸۲)

ارتباط و استفاده نامناسب جنسی در خانواده:

پیدایش چنین ارتباطی با بروز این گونه ارتباطات در خانواده مخصوصا در خانواده های امروزی که نقاط شهری و صنعتی ، بسیاری از موارد انحراف را در خانواده به وجود آورده است ، این وضعیت تا اندازه زیادی بی بند وباری جنسی را به وجود می آورد که خود منشا بسیاری از انحرافات بوده است ، و انحرافات بیشتری را نیز به طور تسلسلی به دنبال می آورد. در جوامع صنعتی موارد و فراوانی آن به حدی بالا رفته است که در موارد زیادی سلامت افراد و خانواده ها رابه خطر انداخته است . (شیخی، ۱۳۸۲)

کاهش نظارت و کنترل در خانواده:

خانواده جدید امروزی با تغییراتی که در زمینه اجتماعی و فرهنگی به وجود آمده است ، نظارت کاملی بر اعضای خود ندارد . به عبارت دیگر نصایح و مشاورات بزرگترها در خانواده آنچنان کار آیی ندارند . و این خود عامل عمده ای در بروز انحرافات شناخته شده است . لذا ، تقویت این گونه الگوها و ارزشهای فرهنگی بین خانواده ها تا حدود زیادی می تواند از اشاعه انحراف در جامعه جلوگیری بعمل آورد. (شیخی، ۱۳۸۲)

عوامل اجتماعی موثر در انحرافات

عدم کنترل و نظارت اجتماعی :

پیچیده شدن جامعه ، تغییر در روابط پیدایش شهرهای بزرگ که در آن فرد تا اندازه ای هویت خود را از دست می دهد و... موجب افزایش انحرافات در جامعه شده است . نظارت اجتماعی به عنوان جریانی تعیین کننده و موثر که توسط دستگا ههای مختلف در جامعه صورت می گیرد، خود در کاهش یا افزایش انحرافات در جامعه نقش موثری دارد . پیچیده شدن روابط اجتماعی و همچنین سکونت در شهرهای بزرگ و پر تراکم تا حدود زیادی موجبات کاهش کنترل اجتماعی در جامعه را فراهم آورده است . در چنین شرایطی فرد یا هویت کامل خود را نمی یابد ، یا تا اندازه ای هویت خود را پنهان می کند که خود نوعی انحراف است . در مجموع ، تحت شرایط عدم به کارگیری یا ضعف در کنترل اجتماعی، امکان انحرافات در جامعه بسیار است . (شیخی، ۱۳۸۲)

آموزش و پرورش و نظام آموزشی ناقص:

پاره ای از منتقدین بروز انحراف ، رفتارهای ناشی از کج رویونظایر آن را معلول نظام آموزشی و پرورشی ناقص دانسته اند. عده ای معتقدند که آموزش و پرورش ناسالم ، خودخواهی ، بی نظمی

ورفتارهای ناپه‌نچار را بین جوانان اشاعه می دهد. زمینه های مذهبی و اخلاقی که موجب جلوگیری از انحرافات اجتماعی می شود، امروزه در آموزش و پرورش بسیاری از جوامع جایگاهی ندارد. شروع به تحصیل به موقع، ادامه تحصیل در حد مناسب و معقول، نظام و محتوی آموزشی و ترویج زمینه های اخلاقی تا حدود زیادی از بروز و اشاعه انحرافات در جامعه به ویژه در بین نسل جوان جلوگیری به عمل می آورد. قابل ذکر است که بهترین طعمه بسیاری از منحرفین اجتماعی و باندهای خلافکار در جامعه، نوجوانانی می باشند که به نحوی از تحصیل فرار کرده اند (شیخی، ۱۳۸۲)

فیلم و سینما:

نمایش انواعی از فیلمها، خود به طور غیرمستقیم یا در مواردی مستقیم میل به انحراف را در افراد به ویژه در مردان تحریک می کند. نمایش این قبیل فیلمها، ماجراجویی و بعضی از رفتارهای نامطلوب را در افراد تقویت می کند. روابط نامشروع، بهادر دادن به پاره ای از ارزشهای فرهنگی که چندان تناسبی با افراد یک جامعه مورد نظر ندارند و نظیر آن، خود موجب بروز انحرافات می گردد. به تجربه ثابت شده است که در کشورها و جوامعی که از فیلمهای نامناسب برای گروههای سنی جوان استفاده می شود. موارد و فراوانی جرایم، خلافکاریها، انحرافات به صورت تجاوزات جنسی، سرقت، قتل و نظیر آن، که ناشی از تقلید می باشد، به چشم می خورد. این گونه انحرافات و آسیبهای اجتماعی در کشورهای صنعتی بسیار فراوان گزارش شده است. (شیخی، ۱۳۸۲)

شهرنشینی و شرایط اقلیمی:

تاثیر و نتیجه صنعتی شدن، شهرنشینی است. در شهر فرد تا حدود زیادی هویت خود را از دست می دهد، در انبوه خلق گم می شود و نتیجتاً به بسیاری از انحرافات کشیده می شود. لذا، مراکز شهر به عنوان مساعدترین نقاط برای انحراف کشاندن افراد در جامعه شناخته شده اند. از نظر آماری نیز میزان انحراف و خلافکاریها در نقاط شهری بیشتر است. همچنین شرایط جغرافیایی و اقلیمی مختلف در انگیزش افراد به انحرافات نقش موثری دارند تا جایی که جرم شناسان و آسیب شناسان تحقیق کرده اند، در نقاط صاف و دشتهای موارد تجاوز بیشتر از نقاط کوهستانی و تپه ای گزارش شده است. همچنین، شرایط مربوط به سردی یا گرمی منطقه خود در بروز انحرافات موثر است. (شیخی، ۱۳۸۲)

عوامل اقتصادی انحرافات و آسیبهای اجتماعی

فقر:

این پدیده به عنوان مهمترین عامل بوجود آورنده انحرافات در جامعه شناخته شده است. پدیده فقر که عمدتاً ناشی از عوامل اقتصادی است، به اشکال مختلف مادی و غیر مادی (فقر مالی، فرهنگی و آموزشی) پدیدار می گردد .

وجود و بروز انحرافات بطور عینی در بین اقشار ضعیفتر، بیشتر به چشم می خورد. به کرات ثابت شده است که مجرمین آزاد شده از زندان به لحاظ گرفتار بودن در شرایط زندگی فقیرانه، نداشتن کار و عدم تامین معیشت، دوباره دست به اعمال خلاف می زنند و به زندان باز می گردند. طبق بررسیهای بعمل آمده روی تعدادی از این گونه مجرمین و خلافکاران، عده زیادی از آنان اظهار داشتند که به خاطر به دست آوردن غذا و مسکن که آنها را در زندانگاه پیدا می کنند، دوباره به انحرافات کشیده شده اند. (شیخی، ۱۳۸۲)

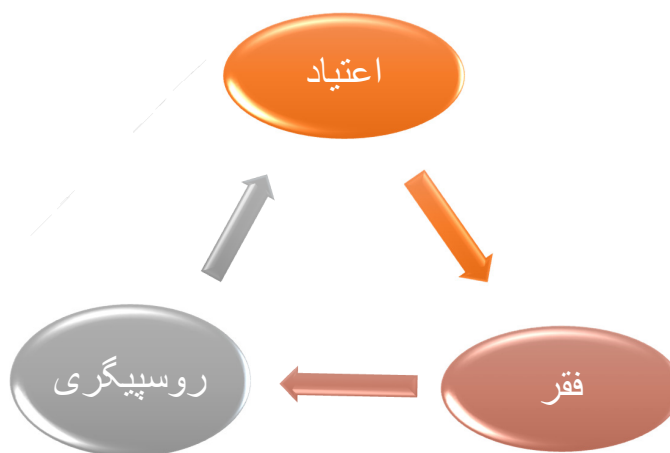
همچنین در پاره ای از موارد خانواده ها به دلیل مشکلات مالی و فقر دخترانشان را در سنین پایین مجبور به ازدواج نموده به دلیل انتخاب نامناسب همسر و عدم آمادگی لازم دختر برای تشکیل زندگی مشترک در اغلب موارد منجر به خشونت های خانگی، نارضایتی زناشویی، طلاق های بدون حمایت و بعضاً روسپیگری خواهد شد.

بیکاری:

بیکاری به عنوان یک دلیل عمده انحراف، جرم، سرقت یا دزدی و نظیر آن شناخته شده است، جمعیت آسیب پذیر که معمولاً در گروه های سنی ۱۵ تا ۲۵ ساله قرار می گیرد، به علت عدم امکان دستیابی به شغل مناسب در جامعه، آسیب پذیر تر است. بسیاری از منحرفین اجتماعی و افراد خلافکار در گروه های سنی ۱۵ تا ۲۵ ساله قرار دارند، یعنی کسانی که به خاطر ضعف در برنامه ریزیهای اشتغال نتوانسته اند کار مورد نظر خود را به دست آورند در معرض بسیاری از آسیبها قرار می گیرند. چنین مشکلی امروزه در بین بسیاری از نقاط جهان مخصوصاً در نقاط شهری جهان سوم به چشم می خورد. چنین وضعیتی خود تا حدود زیادی به مسئله جمعیت و رشد بی رویه آن مربوط می شود. عدم برنامه ریزی و بی توجهی در این زمینه مشکل بیکاری را بدنبال دارد و بیکاری خود منشا بسیاری از انحرافات اجتماعی است. (شیخی، ۱۳۸۲)

صنعتی شدن :

جریان صنعتی شدن خود زمینه بسیاری از جرائم و انحرافات را به ویژه برای کشورهای جهان سوم به وجود آورده است. در پی چنین جریانی، زندگی خانوادگی میلیون‌ها کارگر مختل شده است. به دنبال این جریان، در موارد زیادی بیکاری، کار زیاد، یکسانی کار و شرایطی نظیر آن به وجود آمده است. انحرافات از قبیل اعتیاد و مصرف زیاد الکل به دنبال جریان فوق در بسیاری از جوامع به چشم می‌خورد. همچنین، جریان صنعتی شدن ناهماهنگ، مسئله مسکن و مشکلاتی که به دنبال آن به وجود می‌آید را برجای گذاشته است. با اغوا شدن به خاطر کار و شغل در صنعت، خیلی از نوجوانان روستایی به نقاط شهری کشیده می‌شوند، که بسیاری از این گروه‌های سنی دچار انحرافات مختلف اجتماعی و آسیب‌های گوناگون از نوع فحشا، اعتیاد، سرقت و غیره می‌گردند (شیخی، ۱۳۸۲) در این جریان اعتیاد به عنوان یکی از عوامل زمینه ساز فحشاء و قرار گرفتن فرد معتاد در چرخه معیوب اعتیاد-فقر-روسیگری حائز اهمیت است.



❖ چرخه معیوب اعتیاد-فقر-روسیگری

نگاه‌گذرا به پیشینه و الگوهای توانمندسازی

توانمندسازی یعنی ارتقای ظرفیت فرد یا گروه برای انتخاب کردن و انتقال این انتخاب‌ها به سوی اقدامات و نتایج دلخواه که با تعبیرهای به کارگرفته از سوی بانک جهانی و سایر نهادهایی که در زمینه توسعه فعالیت می‌نمایند همخوانی دارد. این اصطلاح ناظر به دو عنصر فرایند توانمندسازی (گروه‌ها و افراد) و نتیجه به دست آمده (یعنی گروه و فرد) می‌باشد.

برای نخستین بار بانک جهانی در گزارشی تحت عنوان گزارش توسعه ی جهان (در سال ۲۰۰۰ و ۲۰۰۱) با به رسمیت شناختن موضوع توانمندسازی به عنوان یکی از ۳ رکن اصلی برنامه کاهش فقر هم اکنون در بیش از ۱۸۰۰ پروژه به این موضوع پرداخته است و علیرغم اقبال گسترده ای که نسبت به سرمایه گذاری درباره امر توانمندسازی به وجود آمده است اما ابزارها و شاخص هایی در این باره برای پایش و ارزیابی فرایند توانمندسازی و بازده آن هنوز در آغاز فرایند رشد خود به سر می برند . اعضای گروههایی که در پروژه های توانمندسازی به فعالیت می پردازند و دولتها هنوز فاقد ابزارهای لازم برای تعیین میزان دستیابی پروژه ها و سیاستها به اهداف در نظر گرفته شده در توانمندسازی افراد و جوامع ذینفع می باشند.

پارادایم های موجود در توانمندسازی زنان

در این طرح پارادایم عبارت است از الگوی ذهنی ، فکری و عملیاتی متناسب که با استفاده از آن الگوهای اجرایی استخراج شده و مبنای عمل قرار می گیرند.

حسب شواهد و مستندات موجود در مباحث مرتبط با توانمندسازی زنان سه پارادایم عمده وجود دارد که عبارتند از:

(۱) پارادایم توانمندسازی براساس دیدگاه فمینیستی

(۲) پارادایم توانمندسازی براساس رویکرد فقرزدایی

(۳) پارادایم توانمندسازی مبتنی بر ثبات مالی

بررسی ها نشان می دهد که پارادایم های سه گانه فوق وجوه اشتراک و وجوه افتراقی با هم دارند و در برنامه ریزی ها بسته به دیدگاه های مجریان ، مورد استفاده قرار می گیرند. در ادامه به منظور معرفی و آشنایی، اشاره ای به هر یک از این پارادایم ها خواهد شد.

(۱) پارادایم توانمندسازی براساس دیدگاه فمینیستی

در پارادایم مذکور مسئله اصلی تأکید بر تساوی و برابری جنسیتی و موضوعی است که تحت عنوان « حقوق انسانی زنان » مطرح می باشد . توانمندسازی زنان در این دیدگاه بخش جدایی ناپذیر فرایند یک انتقال اجتماعی است . هدف عمده این توانمندسازی، زنان فقیر و قادرسازی آنان در

تدارک نقش های جایگزین برای تغییرات است در این پارادایم توجهی نیز به نقش مردان و نابرابری جنسیتی می شود . در دیدگاه فمینیستی توانمندی اقتصادی صرفاً شامل امور فردی نیست و مسائلی از قبیل دستیابی به حقوق، تغییر روابط فراخانوادگی (از جمله تغییر وظایف خانه داری) و نقل و انتقالات در شرایط کلان اقتصادی را در بر می گیرد. آگاهی بخشی به زنان در مورد برنامه های مخصوص آنان و سازمان دهی آنان برای تلاش جهت رفع تبعیض های مورد اشاره فمینیست ها بخشی از فعالیت های توانمندسازی زنان محسوب می شود . حمایت یابی جنسیتی و ارایه خدمات مربوط به امور حقوقی و قضایی هم بخش دیگری از توانمندسازی از این دیدگاه است . به طور کلی در دیدگاه فمینیستی توانمندسازی اجتماعی و سیاسی پیش نیازهای اصلی برای توانمندسازی اقتصادی محسوب می شوند و برنامه ریزی فعالان این دیدگاه نیز بر این مبنا است .

۲) توانمندسازی براساس رویکرد فقرزدایی

پارادایم توانمندسازی براساس رویکرد فقرزدایی در پی اجرای برنامه های توسعه ای اجتماع محور با هدف کاهش فقر است . در این دیدگاه کاهش فقر صرفاً افزایش درآمد نیست بلکه مجموعه ای از اقدامات است که هدف نهایی آن افزایش ظرفیت ها و فرصت های انتخابی از یک سو و کاستن از آسیب پذیری های فقرا از دیگر سو است . تمرکز عمده این پارادایم ایجاد یک زندگی پایدار مناسب ، توسعه اجتماعی و ارائه خدمات اجتماعی از قبیل سوادآموزی ، ارایه مراقبت های بهداشتی و توسعه ساختارهای کلان است . در این دیدگاه هدف نه تنها رسیدن به فقرا بلکه رسیدن به فقیرترین فقرا است.

سیاست های کلی مورد نظر این پارادایم و الگوهای منشعب از آن به ویژه بر اهمیت سرمایه گذاری های کوچک برای امور معیشتی خانوارها ، تولید در حجم محدود، سازماندهی گروه ها و ارایه بعضی از شقوق یارانه ای تأکید دارد.

اصلی ترین هدف در این پارادایم رفاه و آسایش روانی (بهبودی) است . از آنجا که در زنان سطوح فقر بالاتر و مسئولیت زنان در رفاه و آسایش خانواده امر انکارناپذیری است ، در این پارادایم به مقوله توانمندسازی زنان هم توجه ویژه ای شده است . اما باید دانست که این رویکرد به دلایل مختلف سیاسی و اجتماعی و فرهنگی وارد حوزه های مناقشه برانگیزی چون «تساوی و برابری» زنان نمی شود و از این موضوع احتراز می جوید. توانمندسازی در این دیدگاه با کاهش چند بعدی فقر (فقرزدایی چند بعدی) مترادف و همسان است و منظور از توانمندسازی زنان دسترسی زنان به امکانات مادی و معنوی بیشتر به منظور بر عهده گرفتن نقش فعالانه تر و مثبت تر در درآمد خانوار، و در نتیجه افزایش رفاه و آسایش خانواده و ارتقای سطح و کیفیت زندگی خود و خانواده است.

۳) پارادایم توانمندسازی مبتنی بر ثبات مالی

این پارادایم از اواسط دهه ۱۹۹۰ تدوین و پا به عرصه وجود نهاد. الگوهای تدوینی در این پارادایم بر موضوع اعتبارات خرد و نقش آنها در توانمندسازی تأکید دارند. هدف نهایی برنامه های اجرایی در این پارادایم خود حمایتی مالی کامل در نقطه مخالف شرایط بانکداری معمولی و آماده کردن موسسات مالی جهت تبادل و معاملات بانکی با زنان و سایر فقراست. در این الگوها به جای نهادهای توسعه ای محلی و ملی بر دریافت خدمات مالی از بازارهای مالی بین المللی تأکید می شود.

ادعا می شود که در این پارادایم گروه اصلی هدف فقیرترین فقرا هستند ولی آن گونه که محققان می گویند و شواهد اجتماعی در جوامعی که در آنها برنامه های مالی خرد اجرا شده نشان می دهد، گروه هدف این پارادایم فقرای بانک پذیرند یعنی آن گروهی از فقرا که امکان استفاده از سیستم ها و سامانه های بانکی را دارند و توانایی تکمیل ده ها فرم و برگ ثبت مشخصات را دارند. در این پارادایم و الگوهای منشعب از آن توانمندسازی یک وجه فردگرایانه دارد و عبارت است از بسط قدرت انتخاب افراد و ظرفیت سازی به منظور اتکای به خود (خوداتکایی). چنین فرضی می شود که دسترسی زنان به خدمات مالی خرد منجر به توانمندی اقتصادی در سطح فردی می شود، چه با این کار زنان قادر به اتخاذ تصمیم های مختلف درباره استفاده از اعتبارات و پس انداز های کوچک شده و به این ترتیب زنان می توانند با افزایش درآمد کنترل مناسب تری بر وجوه زندگی خود پیدا کنند. چنین فرض می شود که این نوع توانمندسازی اقتصادی به افزایش رفاه و آسایش زنان منجر شده و آنان را از نظر سیاسی و اجتماعی هم توانمند می کند.

مفاهیم توانمندسازی

همان گونه که پیشتر گفته شد توانمندسازی قلمروی بوده است که صاحب نظران، برنامه ریزان و نهادهای گوناگون اجتماعی هر یک از منظرهای خاص به آن نگریسته اند؛ این موضوع در طیفی از سیاست ها و اظهار نظرهای مختلف قرار گرفته است. عده ای توانمندسازی را در ازدواج زنان سرپرست خانوار معنا کرده اند، عده ای بهره مندی از مسکن را توانمندسازی دانسته اند، عده ای ابعاد اقتصادی و معیشتی افراد را به عنوان شاخص توانمندسازی قلمداد کرده اند، حتی گاهی عده ای پا فراتر برده اند و دادن یک برگ خدمت خاص را برابر با شرایط توانمندی قلمداد کرده اند. اما پرسش این است که هر کدام از موارد اشاره شده چقدر شاخصی جامع از شرایط توانمندی می باشند؟ مسئله اینجاست که توانمندی قلمروی سهل و ممتنع دارد. هر یک از موارد پیش گفته به

خلق شرایط توانمندی یاری می‌رسانند در حالی که به تنهایی و منحصرأ قادر به تأمین شرایط توانمندی نیستند چرا که "به زیستن" در دنیای کنونی در بردارنده مجموعه‌ی متعاملی از متغیرهای چندگانه است. از این رو بسیار ضروری است که در گفتمان نوین از لحاظ مفهومی و اجرایی اجماع لازم در این باب وجود داشته باشد.

در ادبیات پژوهشی توانمندسازی از دیدمانهای کاهش فقر، جنسیتیو اقتصادی به فراوانی یاد شده است که هر یک به دلیل ویژگیهای مفهومی مورد تأکیدشان در برگیرنده‌ی دیدگاه جامع سازمان بهزیستی کشور به بحث توانمندسازی نمی‌باشند. از این رو اقضائات مختلف چنین حکم نمود که بدنه فکری و مدیریتی و کارشناسی سازمان با بهره‌گیری از یافته‌های علمی اقدام به تدوین مبانی مفهومی سازگار با اهداف و مأموریت‌های سازمانی و محتوایی و گروه‌های هدف خویش بپردازند. حاصل این تلاش پس از بررسی‌های کارشناسی قبلی به خلق این تعریف معنایی از قلمرو توانمندسازی انجامید. این تعریف ضمن برخورداری از ویژگیهای علمی و فلسفی از نظر اجرایی مبتنی بر ماهیت وجودی سازمان بهزیستی و گروه‌های هدف آن است که عبارت است از:

فرآیندی هدفمند و چندبعدی که به افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و اجتماع در شناخت و دستیابی به منابع و فرصت‌ها کمک می‌نماید تا با تغییر مطلوب شرایط، انتخابهای خود را معمول داشته و فعالانه بر محیط زندگی کنترل نسبی داشته باشند.
(سازمان بهزیستی کشور)

در این تعریف که بسیار کارشناسی شده و دقیق و مبتنی بر مفاهیم نوین تدوین شده است عناصر مهمی مورد نظر می‌باشند که کلیه‌ی ارزشها، نگرشها، اصول، مأموریت‌ها، رفتارهای حرفه‌ای، برنامه‌ها و فرآیندهای سازمان را به شکلی جامع در بر می‌گیرد که به شکل زیر تفسیر می‌گردد:

۱. توانمندسازی فرآیندی است دارای نقطه‌ی آغاز که به بلوغ و پختگی و اهداف تعیین شده‌ای می‌رسد. توانمندسازی از نظر اجرایی یک نقطه‌ی آرمانی صرف برای سازمانهای متولی رفاه اجتماعی نیست بلکه شرایطی تحولی و توسعه‌ای است که فرد به سطوحی از یک پیوستار منطقی نایل می‌شود تا شخصاً امورات زندگی خویش را به عهده گیرد.
۲. در توانمندسازی به ابعاد زیستی روانی اجتماعی، معنوی، اقتصادی و همزمان پرداخته می‌شود و مجموعه‌ی برنامه‌ها، مداخلات و فرآیندها تحقق این رویکرد جامع را دنبال می‌نمایند.
۳. توانمندسازی سازه‌ای است که توأماً کل جامعه، اجتماع محلی، گروه‌ها، خانواده و فرد را در بر می‌گیرد. در نتیجه ماهیتی تعاملی دارد. این بدان معناست که مدل تبیینی در توانمندسازی از الگوی خطی، تبعیت نمی‌کند بلکه علیت حلقوی بر تبیین مناسبات آن

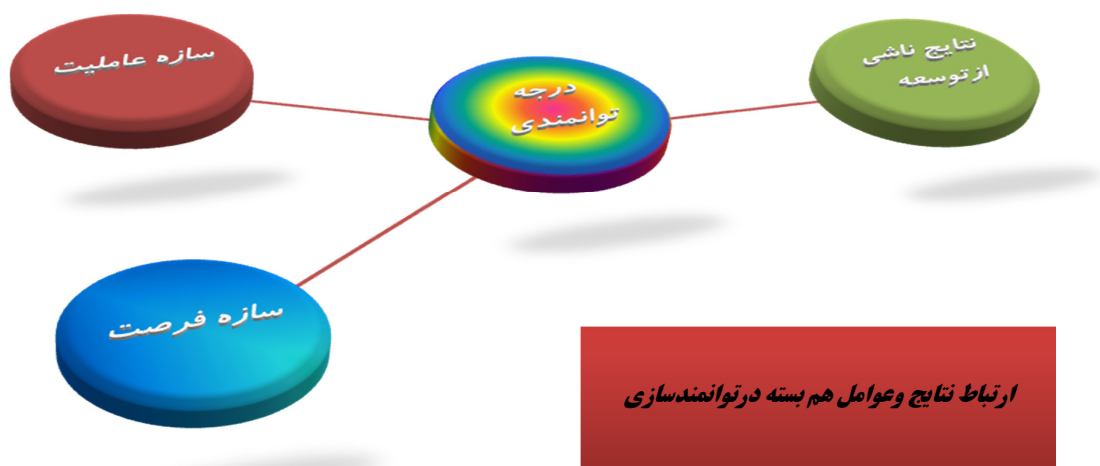
جاری و حاکم است (مثلاً در روش خطی A علت B است، در حالی که در مدل حلقوی بین تمام متغیرها روابط تابعی حلقوی، استوار است).

۴. جوهره و اساس توانمندسازی آگاهی، شناخت و خودآگاهی است. در این سفر رشدی، فرد، کارشناس، تسهیلگر و مددکار مشترکاً اقدام می کنند تا قابلیت ها، داشته ها و منابع درونی و بیرونی (جامعه، اجتماع و منابع و) کشف و بررسی شوند.

۵. توانمندسازی فرآیندی است که به افراد یاری می رساند که از فرصت های برابر جامعه و اجتماع به درستی و مؤثر بهره ببرند. بر موانع تعاملی رسمی و نگرشی جامعه غلبه نمایند و دیگر در حاشیه قرار نگیرند و از شرایط تحمیلی مارپیچ فقر و نزول اجتماعی و رهایی یابند و انسانهایی فعال و متعامل در جامعه و اجتماع محلی باشند.

۶. راهبرد توانمندسازی کاربرست شیوه های قادرسازانه، حق تعیین سرنوشت و به عهده گیری آگاهانه و مسئولانه این نقشها در عرصه ی زندگی به نحوی است که فرد نه تنها اراده ی خویش را اعمال می نماید، بلکه آرزوها، آرمان ها، هدفها و ارزشهایش را در جامعه مبادله می نماید و سهمی فعال و مشارکت کننده را در جامعه به عهده می گیرد.

۷. سازمانهای مسئول در عرصه ی رفاه اجتماعی با تدارک بسته های خدماتی مناسب به گونه ای نظام یافته و با ساختار، منعطف و پویا در یک بازه ی زمانی مشخص به یاری گروه های هدف می پردازند تا آنان بتوانند با بهترین روش ممکن به جریان عادی رودخانه ی زندگی الحاق یابند. تصویر زیر به طور گویا نقش مددکاران اجتماعی متخصص و ساختارهای رفاه اجتماعی را در بازپیوند گروه های هدف بر اجتماع و جامعه نشان می دهد: درجه توانمندسازی را نمایان می سازد.



۸. جان کلام توانمندسازی ایجاد موازنه ای متعادل بین انسان و محیط است که برآیند تعامل دوسویه افزایش کیفیت زندگی، بهبود معیشت و اقتصاد، فرصت های برابر، مشارکت فعالانه و افزایش سرمایه ی اجتماعی است. در این گفتمان استقلال به مفهوم مجرد کلمه وجود ندارد و تمامی اعضای جامعه و اجتماع نیازمند نوعی تفاهم ، هم زیستی و وابستگی سالم برای ایفای نقش سازنده اند. (نفریه ۱۳۹۳)

► واژه Empower در فرهنگ آکسفورد به معنای :

۱. قدرتمند شدن
۲. مجوز دادن
۳. ارائه خدمات
۴. توانا شدن معنا شده است.
۵. در معنای خاص قدرت بخشیدن و دادن آزادی عمل به افراد برای اداره خود است، به بیان دیگر توانمندسازی فرآیندی سازمان یافته و با ساختار است که افراد ضمن کنترل خود آمادگی قبول مسئولیت های بیشتری را داشته باشند. در این فرآیند توسعه و گسترش ظرفیت ها و قابلیت افراد به بهبود و بهسازی مستمر می انجامد. از این منظر توانمندسازی یک راهبرد توسعه ای و شکوفایی است.

۶. مفهوم عاملیت در توانمند سازی: عاملیت به این موضوع اشاره دارد که افراد را نباید فقط به عنوان دریافت کنندگان خدمات در نظر گرفت بلکه خود آنها به عنوان بازیگران اصلی در فرایند تغییر به ویژه در تدوین انتخاب های مهم زندگی و کنترل بر منابع در نظر گرفته می شوند .

انواع توانمندسازی

۱- توانمند سازی روان شناختی

- اجتماعی شدن ، خودباوری و ارتباط موثر
- آموزش و آماده سازی
- اعتماد به نفس

۲. توانمندسازی اجتماعی

- تعامل با نهادهای اقتصادی اجتماعی
- توانایی تصمیم گیری و پیشبرد اهداف گروهی
- تأثیر گذاری در انتخاب رهبر گروه
- ارتقاء سرمایه اجتماعی ، اعتماد سازی ، و توسعه شبکه های اجتماعی

۳. توانمندسازی اقتصادی

- دارا بودن مایملک
- دارا بودن ابزار کار
- دارا بودن محصولات ماندگار
- سابقه اشتغال
- میزان استقراض
- مخارج زندگی
- شغل

ابعاد توانمند سازی

اقتصادی:

- امنیت درآمدی

- مهارت های کار آفرینی
- مالکیتبر دارایی های مولد

فرهنگی :

- بازتعریفارزش ها وهنجار های فرهنگی
- باز تولید تجربهفرهنگی

سیاسی:

- فرایند مشارکت سیاسی
- زمامداری پاسخگو

اجتماعی :

- عمل اجتماع
- عمل برای حقوق
- ادغام ومشمولیت اجتماعی
- آگاهی اجتماعی

روانشناختی :

- اعتماد به نفس /عزت نفس
- فضای خلاق
- خودآگاهی انتقادی
- کنترل ادراکی ویژه
- توسعه مهارتی

پایان