

بسمه تعالی
سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

دستورالعمل اجرایی نحوه ارائه خدمات تخصصی در
خانه امن زنان تحت خشونت خانگی
(غیر دولتی)

۱۳۹۶

تدوین کننده : فرزانه امیریزدانی - رئیس گروه مطالعات و برنامه ریزی اورژانس اجتماعی - دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

با همکاری:

خانم لیلا رحیمی - کارشناس دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

با تشکر از:

آقای دکتر حبیب اله مسعودی فرید - معاون امور اجتماعی

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

آقای مجید ارجمندی - معاون دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

سایر کارشناسان محترم دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

کلیه کارشناسان مسوول امور آسیب دیدگان اجتماعی سراسر کشور

فهرست

عنوان	صفحه
مقدمه	۳
ضرورت اجرای طرح	۳
مدل های مداخله ای در طرح	۴
سطوح سه گانه پیشگیری	۵
اهداف	۶
تعاریف	۶
گروه هدف	۷
نیروی انسانی	۷
ظرفیت مرکز	۷
فضای فیزیکی	۷
تجهیزات مورد نیاز	۸
فرایند اجرایی	۹
نحوه پذیرش	۹
شرایط و مدارک مورد نیاز جهت پذیرش	۹
روند پذیرش	۱۰
خدمات تخصصی	۱۱
نحوه ارائه خدمات تخصصی	۱۸
ترخیص	۱۹

۱۹	نکات ضروری در ترخیص خدمت گیرندگان
۲۰	پیگیری پس از ترخیص
۲۱	نظارت و ارزیابی
۲۲	مستند سازی
۲۲	منابع تامین اعتبار
	فلوچارت های مرتبط
۲۳	شرح وظایف
۳۰	فرم ها
۳۱	دستورالعمل تکمیل فرم ها
۳۸	فرم اطلاعات اولیه
۴۱	فرم های مددکاری اجتماعی
۵۴	فرم های روانشناسی
۶۳	فرم معاینه پزشکی
۶۶	فرم صورتجلسه ترخیص
۶۸	فرم پایش و ارزیابی پرونده

زنان نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می دهند و اطلاع از وضعیت آنان در ابعاد مختلف و برنامه ریزی صحیح جهت اصلاح وضعیت آنها در سلامت کل جامعه موثر خواهد بود. سلامت زنان بر سلامت خانواده و جامعه تاثیر می گذارد و به پیشبرد اهداف رشد و توسعه کشور کمک می کند. تحقیقات متعدد در کشورهای مختلف نشان می دهد که جامعه زنان به دلایل متعدد، بیش از مردان در معرض اختلالات روانی و مسائلی روانی- اجتماعی قرار دارند. زنان بار مسئولیتهای مرتبط با نقش های همسری، مادری و مراقبت از دیگران را بر عهده دارند و بخش عمده نیروی کار و کسب و درآمد در یک چهارم تا یک سوم خانوارها را تشکیل می دهند.

مطالعات متعدد نشان می دهد که یکی از عوامل عمده و موثر بر سلامت روان زنان در تمامی مناطق دنیا، مساله خشونت در خانواده ها می باشد که از رایج ترین انواع آن، خشونت علیه زنان توسط همسر یا شریک زندگی است. یکی از اقدامات موثر در این راستا؛ افزایش مشارکت سازمان های مردم نهاد (NGO) ها می باشد. چرا که این نهادها باعث امکان استفاده بهینه از امکانات نهفته در جامعه و تجمیع آنها برای دستیابی به یک هدف خاص است؛ این هدف همان ارتقای سطح زندگی افراد و توانمند سازی ایشان در جهت رشد و تعالی و استقلال فردی است که گامی بلند در کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی است.

با در نظر داشتن این هدف دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی پس از تدوین دستورالعمل "خانه امن" در سال ۱۳۹۲ که به صورت دولتی، رایگان و شبانه روزی به زنان تحت خشونت خانگی 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 و ماده ۱۳ آیین نامه و دستورالعمل های 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 راه اندازی، اداره و انحلال "خانه سلامت دختران و زنان" نمود و در قالب این دستورالعمل مجوز واگذاری خدمات تخصصی به زنان تحت خشونت خانگی و فرزندان تحت حضانت ایشان به نام "خانه امن" اعطا می گردد. که در ادامه به آن پرداخته خواهد شد و از این پس به عنوان "دستورالعمل" به آن اشاره می گردد.

ضرورت اجرای طرح

خانواده کوچکترین واحد اجتماعی، اما مهم ترین واحد اثر بخش حمایتی و تربیتی است. نیاز افراد به آرامش ایجاب می نماید که در خانواده رابطه ای مبتنی بر عاطفه آنگونه که احساس امنیت، اطمینان، سلامت، حمایت را برای طرفین به ارمغان آورد شکل گیرد. تعارض در کانون خانواده چه به صورت تعارض میان والدین و چه تعارض میان والدین و فرزندان از جمله عوامل آسیب زا جهت انواع انحرافات اجتماعی و مشکلات روان فردی محسوب می شود.

ارتقای سلامت زنان در همه ابعاد آن (جسمی و روانی) مطمئن ترین راه جهت دستیابی به سلامت و بهبود سطح کیفی زندگی زنان است. با توجه به نقش مادری و پر رنگ زنان در خانواده، سعادت و سلامت زنان نه تنها اثرات مثبتی را برای زندگی آنها و نسل های آینده به ارمغان می آورد بلکه می تواند موجبات رشد و توسعه جامعه را نیز فراهم آورد. خشونت علیه زنان پدیده جدیدی نیست اما توجه به آن به عنوان مساله ای اجتماعی به دوران جدید برمی گردد. آمار و اطلاعات استخراج شده از مطالعات گوناگون نشان می دهد که خشونت علیه زنان مساله ای جهانی است و در اغلب جوامع قابل مشاهده است. در ایران متأسفانه آمار دقیقی از پدیده همسر آزاری وجود ندارد. اما فقدان آمار نمی تواند دلیل موجهی بر نادیده گرفتن آن باشد. صرف نظر از چگونگی برداشت و پذیرش و یا رد خشونت خانگی از طرف افراد، مشاهدات تجربی و شواهد ظاهری حاکی از وجود گسترده آن در خانوارهای ایرانی است. آمار سازمان جهانی بهداشت بیانگر آن است که ۱۶ تا ۵۲ درصد زنان توسط شریک زندگی خود مورد خشونت واقع می شوند و ۲۸ درصد زنان در کشورهای توسعه یافته و ۱۸ تا ۶۷ درصد زنان کشورهای در حال توسعه حداقل یک بار آزار بدنی را گزارش کرده اند.

تجربیات نشان می دهد که هیچگاه فعالیت یک سازمان یا یک بخش نمی تواند به تنهایی پاسخگوی مسأله خشونت علیه زنان باشد از اینرو همکاریهای بین بخشی، بین سازمانی و هماهنگی میان بخشهای کلیدی درگیر با این موضوع در رویکرد چند بخشی مورد توجه قرار می گیرند. از سویی دیگر استفاده از ظرفیت های غیر دولتی و نهادهای مردمی در جهت توانمند سازی زنان تحت خشونت خانگی می تواند کمک شایانی نماید .

تجربه های جهانی در پیشگیری از خشونت خانگی :

خشونت علیه زنان پدیده جدیدی نیست اما توجه به آن به عنوان مساله ای اجتماعی به دوران جدید برمی گردد. آمار و اطلاعات استخراج شده از مطالعات گوناگون نشان می دهد که خشونت علیه زنان مساله ای جهانی است و در اغلب جوامع قابل مشاهده است. در ایران متأسفانه آمار دقیقی از پدیده همسر آزاری وجود ندارد. اما فقدان آمار نمی تواند دلیل موجهی بر نادیده گرفتن آن باشد. صرف نظر از چگونگی برداشت و پذیرش و یا رد خشونت خانگی از طرف افراد، مشاهدات تجربی و شواهد ظاهری حاکی از وجود گسترده آن در خانوارهای ایرانی است. آمار سازمان جهانی بهداشت بیانگر آن است که ۱۶ تا ۵۲ درصد زنان توسط شریک زندگی خود مورد خشونت واقع می شوند و ۲۸ درصد زنان در کشورهای توسعه یافته و ۱۸ تا ۶۷ درصد زنان کشورهای در حال توسعه حداقل یک بار آزار بدنی را گزارش کرده اند. بررسی ۵۰ مطالعه جمعیتی در سال ۱۹۹۹ در ۳۶ کشور جهان نشان داد که ۱۰ تا ۶۰ درصد زنان ازدواج کرده یا دارای شریک نزدیک، حداقل یک بار خشونت جسمی را از شریک زندگی خود تجربه کرده اند .

در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته تلاش‌های جامع‌تر و روش چند بخشی و... برای دستیابی و پایان دادن به خشونت اعمال کنند. با اعلامیه‌ها جهانی و کنفرانسها و ارائه گزارش‌ها، حمایت‌های مالی، راهنمایی و مشاوره حقوقی و اصلاح ساختاری اجتماعی و فرهنگی، توصیه‌های اخلاقی و ایجاد سر پناه و حمایت از قربانیان خانواده‌ها و جامعه از آسیب‌ها و پیامدهای آن دور کنند.

طرحی در سال ۲۰۱۲-۲۰۱۶ برای دولت‌ها مطرح گردید با توجه به تفاوت سیستم داخلی کشورها متعهد گردیده‌اند با ارائه راهکارها به مقابله آن اقدام نمایند.

بعنوان نمونه در نپال سرمایه‌گذاری برای برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان و کمک‌های حقوقی رایگان و تسریع در رسیدگی دادگاهها و اصلاح دیدگاه رفتاری مردان و پسران و... صورت پذیرد. ژاپن بالابردن سطح آگاهی دانش آموزان دبیرستانی و کمک مالی به قربانیان، ایجاد پناهگاه، تعقیب و مجازات، مشارکت و هماهنگی نهادهای دولتی یا سازمان‌های غیر دولتی با تجربه و... در هلند یک رویکرد جامع با هدف پیشگیری و شناسایی توقف و پیگیری انواع خشونت‌ها و ایجاد کمپین‌های ارتقاء آگاهی و رفتار جنسی سالم میان جوانان در ۱۵ شهرداری و مداخله به موقع برای محافظت از زنان و کودکان صورت گیرد.

• خدمات حمایتی در کشور سوئد :

این افراد اغلب از طریق دوستان و آشناسان یا مراجع قضائی و حمایتی از وجود خانه‌های امن، یا مراکز اسکان موقت زنان آگاه شده و به این مراکز مراجعه یا به طرق قانونی ارجاع می‌شوند. گاهی اوقات زنان در هنگام مراجعه وسایل اولیه مورد نیاز خود را با خود برداشته و با برنامه ریزی قبلی منزل را ترک می‌کنند. حساس‌ترین و یا می‌توان گفت خطرناکترین زمان برای زنان در معرض خشونت، هنگام ترک منزل (ترک فرد آزارگر) است. فردی که خشونت دیده و در صدد ترک موقعیت خشونت‌زا ست باید از قبل برای ترک موقعیت خشونت‌زا برنامه ریزی کرده باشد و در شرایط امن خانه را ترک کند.

پس از ترک موقعیت و پذیرش در خانه‌های امن از خدمات گوناگونی بهره‌مند می‌شوند. برخی از این خدمات عبارتند از:

- غذا، پوشاک، لوازم بهداشتی اولیه، ملحفه و حوله شخصی به صورت رایگان
- استفاده از تلفن رایگان به صورت ۲۴ ساعته با شماره محرمانه
- برنامه‌های حفاظتی در جهت ایجاد امنیت برای خدمت‌گیرنده و کودک وی (در صورت همراه داشتن کودک)
- جلسات مشاوره فردی و جلسات گروهی برای کودکان و بزرگسالان
- خانه‌های امن برای انتقال از مرکز اسکان موقت یا پناهگاهها به جامعه تحت شرایط مراقبتی خاص
- برنامه‌های توانمندسازی با حضور فعال خود خدمت‌گیرنده
- برنامه‌های آموزشی و اشتغال

- حمایت‌های مالی
- حمایت‌های قانونی و مشاوره حقوقی
- پیگیری پس از ترخیص برای خانواده‌هایی که در جریان توانمند سازی هستند.

همواره به این گروه از زنان و کودکانشان توصیه می شود از خدمات مشاوره و روانشناسی بهره مند شوند چراکه تعداد زیادی از افراد در معرض خشونت دچار تروما شده و نیاز به مشاوره های فردی و گروهی دارند. شماره تلفن بحران به صورت ۲۴ ساعته در کلیه ایام هفته پاسخگوی تماس گیرندگان بوده ، توسط افراد متخصص پاسخ داده می شود و راهنمایی لازم جهت دسترسی به مراکز اسکان موقت را به زنان ارائه می دهد. (آدرس مراکز اسکان موقت به دلیل محرمانه بودن، به هیچ وجه از طریق تلفن در اختیار خدمت گیرنده‌ها قرار نمی گیرد). در مواقع بحرانی در صورتی که خدمت گیرنده شماره تماس خط تلفن بحران را نداند با شماره پلیس تماس برقرار نموده و از آن طریق به مراکز حمایتی ارجاع می شوند. بسیاری از خانه های امن فعالیتهای اطلاع رسانی و آگاهسازی عمومی نیز در زیر مجموعه فعالیتهای خود دارند.

پناهگاهها بر اساس اهداف و نوع سرویس گیرندگان، رویکردها و فعالیتهای متفاوتی را دنبال می کنند. به عنوان مثال پناهگاههایی که رویکرد حمایت‌های مالی خیرانه دارند معمولاً به گروههای بی خانمان و فقیر حمایت‌های مالی ارائه می دهند. پناهگاههای دولتی با تکیه بر بودجه اختصاص داده شده نقش هماهنگ کننده بین موسسات سرویس دهنده به زنان کتک خورده را به عهده دارند. پناهگاههایی که رویکرد درمانی دارند به افراد دارای معلولیت و زنانی که نیاز به مشاوره و درمان دارند ارائه خدمت می کنند. پناهگاههای فعال اجتماعی ، علاوه بر سرویس دهی به زنان کتک خورده، در حیطه های فیزیکی یا روانی، به جنبه شناسایی و مداخله در جهت اصلاح ساختارهای اجتماعی در سطح جامعه نیز توجه دارند. (DOBASH & DOBASH, ۱۹۹۲)

بر اساس برنامه های توانمندسازی مرکز برنامه توانمندسازی برای هر خدمت گیرنده با مشورت خود خدمت گیرنده تدوین می شود. در این برنامه اهداف و مراحل و نوع فعالیتهای خدمت گیرنده به وضوح مشخص می گردد. به طور مثال اقامت در محل امن، جستجوی کار مناسب، هماهنگی برای مهدکودک یا مدرسه بچه ها و سرویس رفت و آمد، خدمات مشاوره قانونی و ... به علاوه از خدمت گیرنده‌ها انتظار می رود در برنامه های آموزشی فردی یا گروهی شامل مهارتهای زندگی، مهارتهای فرزندپروری شرکت نمایند. خدمت گیرنده‌ها تشویق می شوند که زندگی روزمره و برنامه های عمومی خود را ادامه دهند. هدف نهایی، توانمندسازی خدمت گیرنده‌ها با تکیه بر تواناییهای فردی و امکاناتشان است که معمولاً با تکیه بر اشتغال خدمت گیرنده‌ها یا آموزش و ارتقاء تحصیلی آنها می باشد. کمک به کودکان ، زنان و مردان جهت ارتقاء مهارتهای زندگی، مهارتهای شغلی و تحصیلی از دیگر اهداف مرکز است که در صورت نیاز وسیله نقلیه جهت شرکت در مصاحبه شغلی و ... توسط مرکز تامین می گردد.

مبانی نظری و مدل های مداخله ای در خشونت خانگی :

مداخلات اجتماع محور:

یکی از مهمترین انواع مداخله برای پیشگیری و کاهش خشونت علیه زنان مداخلات اجتماع محور هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۷؛ آبرامسکی و همکاران، ۲۰۱۲). اثر بخشی این نوع مداخله در پژوهش آبرامسکی و همکاران (۲۰۱۲) مورد تأیید 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 و حمایت یابی و آموزش. SASA طی مراحل زیر عمل می کند:

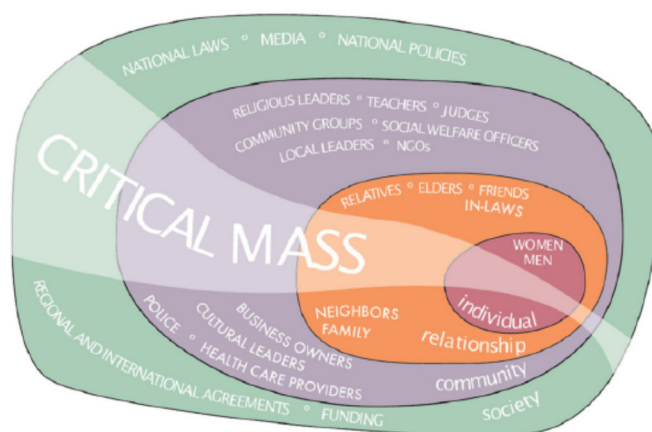
Start: آغاز اندیشیدن به موضوع خشونت علیه زنان

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

این مدل برای پیشگیری از خشونت و HIV/AIDS طراحی و اجرا شده است. در عین حال مدل اکولوژیک پیشگیری از خشونت در شکل زیر آورده شده است:



مدل اکولوژیک برای پیشگیری از خشونت علیه زنان (آبرامسکی و همکاران، ۲۰۱۲)

اقدامات پیشگیرانه به طور ویژه ای در مداخلات مربوط به خشونت های خانگی مورد توجه قرار گرفته است. در مدل مداخله ای که در مطالعه کریشنا و همکاران (۲۰۱۲) که بر اساس تجربیات موفق در هند طراحی شد، مهمترین عناصری که برای پیشگیری از خشونت خانگی در مورد زنان جوان مورد توجه قرار گرفتند، شامل آموزش، مهارت آموزی و حمایت اجتماعی بودند. این استراتژی ها در مدل پیشنهادی آبرامسکی و همکاران (۲۰۱۲) نیز مورد تأکید بوده اند.

دلایل خشونت علیه زنان

عوامل مختلف فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و روانی می توانند منجر به خشونت علیه زنان شوند (براگ، ۲۰۰۳؛ یونیسف ۲۰۰۰). نقشهای جنسیتی و آداب و رسوم مربوط به ازدواج و زندگی زناشویی در برخی از فرهنگها به پذیرش خشونت علیه زنان به عنوان یک هنجار فرهنگی منجر شده است. عدم دسترسی به فرصتهای اقتصادی در برخی اجتماعات باعث خشونت و عدم توانایی زنان در فرار از آن می شود. در جوامعی که زنان کمتر در مسند قدرت هستند خشونتها نسبت به آنان بیشتر است (کوماری و همکاران، ۲۰۱۱).

برای تبیین دلایل خشونت خانگی رویکردهای متعددی وجود دارند که به طور خلاصه در ادامه به آنها اشاره می شود:

دیدگاه بیولوژیک

بعضی مطالعات به وجود بیماری روانی یا تمایلات تهاجمی بیولوژیک در میان مردان خشونت کننده دست یافته اند. در یک مطالعه با تجویز ماده‌ی پانیکوژنی مانند لاکتات سدیم به گروهی از مردان همسرآزار و گروه کنترل مشخص شد که این ماده در همسرآزاران، ترس، هراس و خشم بیشتری پدید می آورد. در مطالعه‌ی دیگری توسط همان گروه پژوهشی، سطح HIAA ۵ (متابولیت سروتونین) و تستوسترون در مایع مغزی نخاعی خشونت کنندگان و گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفت. سطح HIAA ۵ در این مایع در خشونت کنندگان غیرالکلیک به مراتب پایین تر از سطح این ماده در مایع مغزی نخاعی خشونت کنندگان الکلیک و گروه کنترل بود. سطح تستوسترون در مایع مغزی نخاعی خشونت کنندگان الکلیک به میزان معنی داری بالاتر از خشونت کنندگان غیرالکلیک و گروه کنترل بود. به عبارت دیگر خشونت کنندگان الکلیک و غیرالکلیک، مکانیسم های بیولوژیک متفاوتی برای خشونت داشتند (جرج و همکاران، ۲۰۰۱ به نقل از بوالهری و همکاران، ۱۳۸۹).

وقتی خشونت از دید صرفاً بیولوژیک ارزیابی شود، خواه ناخواه دیدگاه "خشونت غیرقابل کنترل" را به ذهن متبادر می سازد. این بدان معناست که خشونت همسرآزاران به واسطه‌ی تفاوت های بیولوژیکشان با دیگران اتفاق می افتد و به عبارتی تحت کنترل آنان نیست. ولی دیدگاه متضادی نیز در این باره وجود دارد که می گوید مردان خشونت کننده، "خشونت غیرقابل کنترل!" شان را بیشتر متوجه همسرانشان می کنند و فقط کسانی را مورد آزار قرار می دهند که از توانایی کمی برای مقابله به مثل و آسیب زدن برخوردارند. در صورتی که اگر این خشونت غیرقابل کنترل بود، در شرایط دیگر و در مواجهه با دیگران نیز خود را نشان می داد. به علاوه، مردان زیادی هستند که دچار فوران ناگهانی خشم می شوند، ولی هرگز همسرانشان را کتک نمی زنند. مطالعه‌ای نشان داد هفده تن از هیجده مردی که برای کنترل رفتارهای تهاجمی شان وارد درمان گروهی شده بودند، علت خشونت خود را "از دست دادن کنترل" عنوان می کردند، در حالی که تنها پنج تن از آنان در خارج از خانه نیز رفتار تهاجمی داشتند. این افراد عنوان کرده اند همسرانشان را کتک می زنند چون می خواهند آن ها را بترسانند، چون آن ها را عصبانی و وادار به کتک زدن می کنند و چون همسران خوبی

نیستند و وظایفشان را خوب انجام نمی‌دهند. این نتایج مشخص می‌کند مداخلاتی نظیر آموزش کنترل خشم تنها در مردانی مؤثر است که در همه‌ی شرایط کنترل خشمشان را ندارند. بنابراین اگرچه نباید فراموش کرد که خشونت‌کنندگان ممکن است بیمار هم باشند، ولی این علت توجیه‌کننده‌ی همه‌ی موارد نیست (شیپوی، ۲۰۰۴ به نقل از بواله‌ری و همکاران، ۱۳۸۹).

دیدگاه روانشناختی

نظریه‌ی خشونت به عنوان یک رفتار آموخته‌شده می‌گوید کودکی سرشار از خشونت، فرد را در دوران بزرگسالی به خشونت‌کننده و یا قربانی بدل می‌کند و کودکان این فرد نیز به همین سرنوشت دچار می‌شوند و به این ترتیب خشونت در میان نسل‌ها ادامه می‌یابد. این دیدگاه نیز به تنهایی توجیه‌کننده‌ی همسرآزاری نیست، چون بسیاری از کودکان خانواده‌های خشن، در بزرگسالی از رفتارهای تهاجمی دوری می‌کنند (شیپوی، ۲۰۰۴ به نقل از بواله‌ری و همکاران، ۱۳۸۹).

گروهی نیز به دنبال خصوصیات روانشناختی خاصی در زنان قربانی هستند: زنانی مطیع، ضعیف‌النفس و غیره. اگرچه بسیاری از زنان قربانی به مرور زمان چنین خصایصی می‌یابند، ولی مستنداتی در دست نیست که ثابت کند آنها از ابتدا این‌گونه بوده‌اند. برعکس، زنان قربانی همسرآزاری ممکن است شغل خوبی داشته باشند، در حرفه‌ی خود پیشرفت کنند، تصمیم‌های مهم بگیرند و از دید دیگران زنان موفق باشند. ولی در خانه مورد آزار همسر قرار گیرند، بارها اعتمادبه‌نفس خود را از دست بدهند و به ارزش‌های درونی خود شک کنند، ولی وقتی رهسپار محل کارشان می‌شوند، نقابی دیگر بر چهره بزنند. تحقیقات نشان داده ۲۵٪ زنانی که در حرفه‌ی خاصی تخصص دارند، مورد همسرآزاری قرار می‌گیرند. این میزان در زنان کارگر غیرحرفه‌ای ۳۰٪ است. به نظر می‌رسد زنان قربانی در هر فرهنگ، نژاد و طبقه‌ی اجتماعی وجود دارند و خصوصیات روانشناختی آنها در هیچ توصیف تک‌بعدی‌ای نمی‌گنجد (شیپوی، ۲۰۰۴ به نقل از بواله‌ری و همکاران، ۱۳۸۹).

زنان هم ممکن است خشونت را آغاز کنند و یا در مقابل همسر مقابله به مثل کنند، ولی مطالعات نشان می‌دهد خشونت مردان نسبت به زنان عواقب منفی بیشتری دارد و حداقل شش برابر منجر به صدمه‌ی جسمانی می‌شود؛ ضمناً مشکلات بهداشتی بیشتری از قبیل افسردگی و بیماری‌های روان-تنی به ارمغان می‌آورد. یک از مهم‌ترین تفاوت‌هایی که در این زمینه میان زن و مرد وجود دارد، دلیل استفاده از خشونت است: مردان اغلب خشونت را به عنوان وسیله‌ای برای کنترل همسر به کار می‌برند. در حالی که زنان در اکثر اوقات از خشونت به عنوان وسیله‌ای برای ابراز درماندگی و استیصال یا دفاع از خود و یا هردو استفاده می‌کنند (بواله‌ری و همکاران، ۱۳۸۹).

دیدگاه اجتماعی

در جوامعی که مردان در حال از دست دادن توانایی و نقش خود در کنترل زنان و حمایت مالی از آنان هستند، خشونت خانگی رایج‌تر می‌شود. عواملی که از لحاظ اجتماعی سبب خشونت خانگی می‌شود، عبارتند از:

- عرف اجتماعی غالب در جهت تسلط مردان بر زنان
- عرف اجتماعی‌ای که مردانگی را مساوی با تسلط و خشونت می‌داند
- پذیرش اجتماعی خشونت به عنوان شیوه‌ای برای حل تعارض
- رواج نقش‌های انعطاف‌ناپذیر جنسیتی در جامعه (کیشور، ۲۰۰۴ به نقل از بواله‌ری و همکاران، ۱۳۸۹).

دلایل کاربردی خشونت

اگرچه هیچ توجیهی برای خشونت پذیرفته نیست، ولی واقعیت این است که خشونت اتفاق می‌افتد و انسان‌ها با دلایلی خود را قانع می‌کنند و به آن دست می‌زنند. در کار بالینی دلایل کاربردی (و نه تئوریک) زیر را می‌توان برای خشونت برشمرد که هر فرد بر اساس ویژگی‌های شخصیتی خود بعضی از آن‌ها را مورد استفاده قرار می‌دهد:

- هدف رفتار خشونت‌آمیز، گرفتن حق یا انتقام از قربانی است و یا به عنوان عقوبتی برای ابراز خشم قربانی به آن نگریسته می‌شود.
- فرد به رفتار خشن پناه می‌آورد، چون حس می‌کند آزادی‌اش در معرض تهدید قرار گرفته یا سلب شده است.
- رفتار تهاجمی، نتیجه‌ای از دست دادن کنترل است.
- رفتار خشن نتیجه‌ای رفتار خشن دیگران است و در پاسخ به آن انجام می‌شود.
- خشونت برای تحقیر قربانی به کار می‌رود و گاه رفتاری ناشی از یک خصوصیت شخصیتی سادیستیک است.
- رفتار خشن نتیجه‌ای مقصر شناختن دیگران و انداختن تقصیرها به گردن آن‌هاست.
- گاه رفتار خشن وسیله‌ای برای دفاع از حیثیت و یا حفظ آبرو تلقی می‌شود.
- خشونت وسیله‌ای است برای محافظت از خود، اموال، فرزندان یا دوستان.
- رفتار خشن یا تهدیدکننده گاه فقط برای هشدار دادن به دیگران استفاده می‌شود.

- هدف خشونت‌کننده، برانگیختن رفتار تهاجمی در دیگران است تا از احساس گناه و سرزنش خود بکاهد.
- رفتار خشن می‌تواند نتیجه‌ی اختلال در تفکر و قضاوت یا باورهای نادرست و عجیب و غریب ناشی از بیماری روانی، داروها، سموم و یا بیماری جسمانی باشد (کیشور و همکاران، ۲۰۰۴ به نقل از بواله‌ری و همکاران، ۱۳۸۹).

چرخه (دوره) خشونت

این چرخه دارای سه مرحله است که عبارتند از قصد کردن، اعمال خشونت و مرحله جبران.

در **مرحله اول** ابتدا فرد آزارگر قصد و نیت خود را برای خشونت نشان می‌دهد به این ترتیب که قربانی را با اسامی خاصی که توهین‌کننده و تحقیرآمیز است صدا می‌کند یا او را هل می‌دهد و به وی تنه می‌زد. در این مرحله قربانی سعی می‌کند آزارگر را راضی و آرام کند. معمولاً این اقدامات قربانی تنها اعمال خشونت را به تعویق می‌اندازد.

مرحله دوم زمانی است که آزارگر به اعمال خشونت می‌پردازد که ممکن است به اشکال مختلف مانند پرتاب اشیاء به سمت قربانی، کتک زدن و یا تجاوز کردن به وی باشد.

در **مرحله سوم** آزارگر با ابراز احساس گناه از قربانی عذرخواهی می‌کند و احساس شرم خود را نشان می‌دهد. او قول می‌دهد که این خشونت مجدداً اتفاق نخواهد افتاد. آزارگر اغلب هدایایی را برای قربانی می‌خرد و گاهی دلیل اعمال خشونت را متوجه قربانی می‌کند و او را مورد سرزنش قرار می‌دهد که اگر فلان حرف را نمی‌زد یا فلان کار را انجام نمی‌داد او عصبانی نمی‌شد (کالج تخصصی بیماریهای زنان، ۲۰۱۱).

قربانی شدن مجدد مشکلی جدی است که معمولاً قربانیان خشونت با آن مواجهند. پیمایشی که توسط والبی و آلن (۲۰۰۴) انجام شد نشان داد دو سوم زنان انگلیسی درخواست کننده حمایت ظرف یکسال بعد از مراجعه دوباره مورد خشونت قرار گرفتند.

تئوری قربانی‌شناسی بیش از هر چیز بر سبک زندگی قربانی و عواملی مانند رفتارهای مخاطره‌آمیز و موارد نظیر آن به عنوان دلیل اصلی قربانی شدن مجدد توجه می‌کرده‌اند (میت و همکاران، ۱۹۸۷؛ موستین و توکسبری، ۱۹۹۸؛ سمپسون و لاریتسن، ۱۹۹۰).

سبک دلبستگی اجتنابی (رفتارهای مانند پس زدن همسر و یا تنبیه کردن او) قربانی از جمله مهمترین دلایل قربانی شدن مجدد بشمار می‌رود (نگاه کنید به کیوآپرز و همکاران، ۲۰۱۲). به این ترتیب اعمال دوباره خشونت توسط مرد نوعی واکنش به عدم پذیرش تلاش وی برای صمیمیت بیشتر تلقی می‌شود. در عین حال کیوآپرز و همکاران (۲۰۱۲) میان احساس خشم در قربانی و تکرار خشونت جسمی و روانی علیه او رابطه معنادار مشاهده کردند. بر همین اساس آنها پیشنهاد می‌کنند در فرایند حمایت از زنان قربانی خشونت عوامل مؤثر بر قربانی شدن مجدد آنها مورد بررسی قرار گیرد.

و از آنجایی که سبک دلبستگی اجتنابی و خشم می تواند در بروز مجدد خشونت تأثیر داشته باشند، کمک به مراجع برای رفتار متعادل می تواند در پیشگیری از قربانی شدن مجدد او مؤثر باشد. مداخلات باید بر کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز شوند و کمک کنند تا خشم قربانی و گرایش متقابل او به رفتار خشونت آمیز کاهش یابد. آنها تأکید می کنند که قربانیان باید مهارت های مقابله ای را آموزش ببینند (به عنوان مثال مهارت حل مسئله) تا بتوانند از قربانی شدن مجدد پیشگیری کنند.

سطوح سه گانه پیشگیری :

بطور کلی ، پیشگیری به سه نوع الف : اولیه ب : ثانویه ج : ثالث ، تقسیم می شود. نوع اولیه ، افراد عادی جامعه را از خشونت باز می دارد یا آن را به تاخیر می اندازد. مخاطبان ثانویه ، افرادی هستند که در معرض خشونت بوده و یا خود به سبب حضور در محیط های تنش زا و دارا نبودن مهارت کنترل خشم احتمال بروز خشونت در آنها بیشتر است. پیشگیری ثالث ، برای گروه هایی متمرکز است که به نوعی دچار خشونت خانگی گردیده اند که هم شامل زنان خشونت دیده و هم شرکای زندگی آسیب رسان آنها می باشد.

سطوح سه گانه مداخله: قانونی، روانشناختی و اجتماعی :

یک برنامه ی قانونی مناسب برای کاهش خشونت خانگی باید شامل اهداف زیر باشد: حمایت از قربانی، بازداشتن مرتکب از ارتکاب دوباره، آشتی دادن همسران. اصلاحات قانونی پیشنهادی عبارت است از دستور توقیف مرتکب، دستورالعمل هایی برای راهنمایی مرتکب به سوی مشاوره پیش از محاکمه و تشدید محکومیت مرتکبین همسرآزاری. ضمناً لازم است قانون گذاران استانداردهایی برای آموزش متخصصان دادرسی جنایی درگیر در زمینه ی خشونت خانگی تعیین کنند .

مداخلات روانشناختی قبلاً فقط به روان درمانی زنان قربانی محدود بود ولی رویکرد جدید خشونت را مشکلی می بیند که دو فرد و عوامل موجود در محیط آنها در آن دخیلند. بنابراین روانشناسان اجتماعی به بررسی عوامل تقویت کننده ی همسرآزاری می پردازند و تدابیری برای تغییر آنها می اندیشند. در نظر گرفتن پناهگاه برای این زنان، مؤثرترین قدم به سوی درمان است. مداخلات اجتماعی شامل درمان های خاصی نظیر فراهم سازی پناهگاه به منظور تأمین امنیت جسمانی و فراهم سازی امکانات آموزش حرفه ای و نیز برپایی گروه های حمایتی زنان قربانی ست .

بر این اساس مداخلاتی تحت عنوان «مداخله در بحران» شامل مداخله ی اولیه توسط تیم های پلیسی و واحدهای کمک به قربانی، ارزیابی و تشخیص در بخش اورژانس بیمارستان، فن آوری الکترونیک برای حمایت از زنان آسیب دیده در خطرات قریب الوقوع، مداخلات خاصی که توسط خطوط بحران و پناهگاه های زنان کتک خورده انجام می شود و درمان

کوتاه مدت کودکان قربانیان طراحی شده است. از میان مداخلات کوتاه مدت در زمینه همسرآزاری، امیدبخش‌ترین مداخلات شامل خطوط بحران ۲۴ ساعته، گروه‌های حمایتی مبتنی بر بحران، پناهگاه‌های زنان قربانی و درمان (روان-درمانی) است. گرچه تحقیقات کمی در زمینه اثربخشی گونه‌های مختلف مداخله در بحران برای زنان قربانی خشونت صورت گرفته، یک بررسی با هدف بررسی اثربخشی مداخلاتی که توسط خدمات اجتماعی مبتنی بر جامعه، خطوط بحران، گروه‌های زنان، پلیس، پزشکان، روانشناسان و وکلا، به تحلیل داده‌های ۱۲ مطالعه‌ی پیامدمدار پرداخت که مشخص شد زنان قربانی متفقاً مداخله‌ی خطوط بحران، گروه‌های زنان، مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان را مفید دیده‌اند، ولی مداخله‌ی پلیس و وکلا برای گروه‌های مختلف زنان قربانی مفید نبوده است.

اهداف

اهداف کلی

هدف کلی این طرح، حمایت و توانمند سازی زنانی است که مورد خشونت واقع گردیده اند. این زنان ممکن است عهده دار حضانت فرزندان خود نیز باشند.

اهداف اختصاصی

- تامین محل امن جهت زنان خشونت دیده و فرزندان آنها(با در نظر گرفتن محدودیتهای سنی شرعی برای پسران)
- مداخله در مشکل یا وضعیت فرد خشونت دیده به منظور ارتقاء سطح دانش و آگاهی آنها و خانواده هایشان و کمک به درک موقعیت خود در شرایط خشونت زا و به کارگیری شیوه های پیشگیرانه.
- ارتقاء توانمندیهای زنان خشونت دیده و خانواده هایشان جهت مقابله با مسائل فردی و اجتماعی در شرایط بحرانی از طریق ارائه خدمات تخصصی به موقع .
- انجام مداخلات تخصصی روانی و اجتماعی در اصلاح رفتار مرتکبین خشونت در راستای بازگشت زن خشونت دیده به محیط خانواده ایمن.
- شناسائی سایر آسیبهای اجتماعی مرتبط با خشونت علیه زنان و مداخله در جهت کنترل و یا رفع آنها .
- اطلاع رسانی و آگاهسازی عمومی در رابطه با خشونت علیه زنان، نشانه ها و راهکارها.

تعاریف :

زنان خشونت دیده: در این طرح به معنی زنانی است که مورد آزار یا خشونت اطرافیان اعم از همسر، برادر، پدر یا سایر بستگان مستقر در محل زندگی آنان قرار گرفته اند.

انواع خشونت عبارتند از:

خشونت یا آزار فیزیکی مانند کتک زدن، هل دادن، قطع عضو، قتل و...

خشونت یا آزار جنسی مانند گفتگو درباره مسائل جنسی خارج از عرف، تجاوز، سوءاستفاده جنسی، انحرافات جنسی و ..

خشونت یا آزار عاطفی - روانی مانند باج خواهی، توهین، تحقیر، تهدید، در انزوا قرار دادن، شک و...

محرومیت و محدودیت اقتصادی مانند از بین بردن استقلال مالی، مصادره اموال، انکار مالکیت بر اموال و ...

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

خانه امن: مکانی است جهت اقامت موقت زنان خشونت دیده و فرزندان همراه ایشان که در طی اقامت در این مکان از امکانات و خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی، روانشناختی و حقوقی در سه سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی در راستای رفع مسئله خشونت و آسیبهای وارد شده به فرد و خانواده، به صورت رایگان بهره مند می گردند.

گروه هدف:

زنان تحت خشونت خانگی که خود و یا به همراه فرزندان (به استثناء پسران بالای ۱۲ سال) نیازمند دریافت خدمات، اعم از سرپائی یا اقامتی می باشند.

نیروی انسانی:

- ۱ نفر مسئول فنی حائز شرایط دستورالعمل تأسیس، اداره و انحلال خانه سلامت دختران و زنان (ماده ۲۶)
- ۱ نفر مددکار اجتماعی دارای تحصیلات کارشناسی یا ترجیحا "کارشناسی ارشد در رشته مددکاری اجتماعی و علوم اجتماعی شاخه خدمات اجتماعی
- ۱ نفر روانشناس دارای تحصیلات کارشناسی یا ترجیحا "کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی، روانشناسی عمومی، روانشناسی تربیتی

- ۱ نفر مشاور حقوقی با تحصیلات کارشناسی یا کارشناسی ارشد حقوق ترجیحاً دارای پروانه وکالت و مجرب در حیطه پرونده های خشونت خانگی (پاره وقت)
- ۱ نفر پزشک / روانپزشک (پاره وقت و یا حداقل یک روز در هفته حضور در مرکز)
- ۳ نفر مراقب شب (در صورت وجود خدمت گیرنده نیازمند اقامت) با تحصیلات کارشناسی در رشته های علوم اجتماعی (خدمات اجتماعی)، مددکاری اجتماعی، آسیب شناسی اجتماعی، روانشناسی (کلیه گرایش ها) و مشاوره

ظرفیت مرکز :

هر مرکز موظف است به تعداد فقط پنج نفر زن خشونت دیده و کودکان همراهشان ارائه خدمت نمایند.

فضای فیزیکی :

یک واحد مسکونی ترجیحاً حیاط دار و مستقل از فضای اختصاصی به مرکز مداخله در بحران با مساحت زیر بنای حداقل ۱۰۰ متر در دو طبقه یا دو فضای کاملاً مجزا دارای آشپزخانه و سرویس بهداشتی تفکیک شده در منطقه مسکونی متوسط شهر که کلیه شرایط ایمنی در آن لحاظ شده باشد.

رعایت نکات زیر در خصوص ساختمان مراکز ضروری است :

۱. بخش اقامت شبانه روزی خانه امن زنان می بایستی کاملاً مستقل از قسمت ارائه کننده خدمات سرپایی باشد.
۲. در راستای رعایت ایمنی، ساختمان می بایست فاقد تابلو باشد.
۳. بخش اقامت شبانه روزی دارای حداقل دو اتاق خواب باشد.
۴. بخش اقامت شبانه روزی می بایستی دارای کلیه امکانات زندگی مستقل از جمله مبلمان، فرش، تختخواب در سائز معمولی، تختخواب در سائز کودک و وسایل خواب، لوازم آشپزخانه به طور کامل، وسایل صوتی و تصویری، وسایل بازی کودک و ... در حد مطلوب باشد.
۵. بخش اداری دارای فضای ورودی به عنوان اتاق انتظار و حداقل دو اتاق مجزا باشد.
۶. رعایت کلیه نکات ایمنی در بخش اداری و نگهداری موقت الزامی است.
۷. حیاط، پنجره ها و راه پله ها همگی باید دارای حفاظ مناسب و کامل باشد.
۸. اتاقهای مرکز، باید نورگیری مناسب داشته باشد.
۹. وسایل سرمایش و گرمایش مناسب تعبیه شده باشد.
۱۰. دیوارهای اطراف حیاط دارای حفاظ مناسب جهت ممانعت از ورود افراد باشد.
۱۱. مرکز مجهز به دوربین مداربسته در فضاهای مشاع و فضاهای مشرف به درب بیرونی مرکز باشد.
۱۲. اتاق مددکاران و روانشناسان دارای زنگ هشدار باشد.

دوره های آموزشی مورد نیاز :

آموزش مددکاران اجتماعی :

- آشنایی با فرایند مددکاری اجتماعی و گزارش نویسی (مقدماتی) - ۱۶ ساعت
- مدیریت مورد در کار با زنان تحت خشونت خانگی (میانی) - ۱۶ ساعت
- توانمند سازی زنان تحت خشونت خانگی و حمایت طلبی (پیشرفته) - ۱۶ ساعت
- اقدامات اجتماع محور در پیشگیری از خشونت (پیشرفته) - ۲۴ ساعت

آموزش مسئولان فنی :

- آشنایی با دستورالعمل ها و راهنماهای مداخلات تخصصی - ۱۶ ساعت
- آشنایی با شاخص های نظارتی خانه های امن و شیوه های نظارتی - ۱۶ ساعت
- آشنایی با کار تیمی و نحوه تیم بندی - ۱۶ ساعت

آموزش روانشناسان :

- مصاحبه تشخیصی و طرح درمان (مقدماتی) - ۱۶ ساعت
- مصاحبه انگیزشی در کار با زنان تحت خشونت خانگی (میانی) - ۱۶ ساعت
- واقعیت درمانی (پیشرفته) - ۲۴ ساعت
- گروه درمانی (پیشرفته) - ۲۴ ساعت
- درمان شناختی - رفتاری (میانی) - ۲۴ ساعت

تجهیزات مورد نیاز :

نوع وسیله	تعداد	واحد
اجاق گاز	دو	دستگاه
یخچال	دو	دستگاه
میز بزرگ کامپیوتر (به ازای کارشناسان یک عدد)		
پرینتر	یک	عدد
فکس	یک	عدد
اسکتر	یک	عدد
میز و صندلی ارباب رجوع	۱ میز، ۱۰ صندلی	عدد
فایل یا کمد قفل دار بزرگ (به ازای کارشناسان یک عدد)		
میز و صندلی اداری، و لوازم رومیزی اداری	---	به تناسب مورد نیاز

وایت برد	یک	عدد
وسایل برودتی و حرارتی	---	به تناسب مورد نیاز
وسایل و لوازم پزشکی (اولیه)	---	به تناسب مورد نیاز
وسایل بازی و سرگرمی (برای کودکان همراه مراجعین)	---	به تناسب فضا
کپسول آتش نشانی (دارای اعتبار)	---	به تناسب فضا
کتابخانه قفل دار بزرگ (مخصوص کارمندان)	یک	عدد
دستگاه کپی	یک	عدد
قفسه جهت انبار	---	به تناسب مورد نیاز
لوازم مصرفی و لوازم بهداشتی		

فرایند اجرایی

نحوه پذیرش:

تمامی خدمت گیرندگان از طریق خانه امن دولتی تحت نظارت سازمان بهزیستی و یا مرکز مداخله در بحرانهای فردی ، خانوادگی و اجتماعی ارجاع می گردند.

شرایط و مدارک مورد نیاز جهت پذیرش در مراکز :

۱. در زمان تحویل خدمت گیرنده به مرکز ، اصل پرونده از مرکز ارجاع دهنده نیز تحویل مرکز گردیده و خلاصه ای از اقدامات صورت گرفته در مرکز ارجاع دهنده بایگانی می گردد.
۲. مدارک مورد نیاز می بایست طبق دستورالعمل اجرایی خانه امن (دولتی) در پرونده ها درج گردیده باشد .
۳. پذیرش افرادی که مشمول گروه هدف دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی نیستند از جمله (بیماران روانی مزمن ، عقب ماندگان ذهنی ، معتادین ، مجرمین، سالمندان، بیماران جسمی مشمول مراکز درمانی و ...) در مرکز ممنوع می باشد.

تبصره ۱: افرادی که دارای سوء مصرف مواد هستند، جهت پذیرش به مراکز مداخله در بحران ارجاع و و پس از پذیرش در آن مراکز، جهت ترک اعتیاد به مراکز درمانی و یا کمپ های ترک اعتیاد ارجاع می شوند تا پس از ترک اعتیاد، در خانه امن پذیرش گردند.

تبصره ۲: بیماران جسمی که نیاز به مراقبتهای خاص پزشکی دارند باید به مراکز درمانی ارجاع گردند. لیکن می توانند به صورت سرپائی از خدمات مرکز بهره مند شوند و در صورت نیاز به مداخلات اجتماعی همزمان با درمان فیزیکی، ارائه خدمات تخصصی توسط تیم خانه امن صورت پذیرد.

تبصره ۳: در موارد اقدام به خودکشی که فرد نیاز به درمان جسمی یا روانپزشکی دارد و یا منجر به آسیب جسمی شده باشد، جهت درمان پزشکی باید به مراکز بهداشتی و درمانی ارجاع گردند ولی در صورت نیاز مراجع به خدمات نگهداری در مرکز، لازم است هماهنگی های لازم جهت پذیرش و انتقال وی به مرکز، بلافاصله پس از ترخیص از بیمارستان صورت گیرد.

۴. در خصوص زنانی که مورد خشونت قرار گرفته و صرفاً نیاز به خدمات سرپائی دارند، مراجعین نیازی به ارائه معرفی نامه یا مجوز قضائی جهت دریافت خدمات ندارند و مددکاران اجتماعی می بایست خدمات تخصصی مرتبط با اقدامات محافظت کننده را ارائه نمایند.

۵. رعایت اصل رازداری حرفه ای در ارائه خدمات تخصصی الزامی می باشد.

۶. در خصوص زنانی که فرزندان خود را نیز به همراه دارند، حتی الامکان تلاش گردد که فرزندان (دختر و پسر) از مادر جدا نشوند، پذیرش فرزندان دختر بدون محدودیت سنی و در خصوص فرزندان پسر به دلیل رعایت محدودیت های سنی (بالای ۱۲ سال) و ملاحظات شرعی و ... می توانند با هماهنگی معاونت امور اجتماعی، به مراکز شبه خانواده ارجاع شوند.

۷. در خصوص بند فوق الذکر، اخذ مجوز قضائی برای اقامت فرزندان در مرکز الزامی است.

۸. در خصوص زنان پذیرش شده در مرکز، در صورتیکه فرزند/ فرزندان آنها نیز توسط پدر یا اطرافیان مورد کودک آزاری قرار گرفته باشند، کودک به همراه مادر در مرکز نگهداری شده و تیم تخصصی مرکز اسکان موقت موظف به همکاری با تیم تخصصی مرکز مداخله در بحران در جهت پیگیری امور کودک آزاری می باشد.

۹. مرکز موظف به پذیرش افراد مشمول به دفعات مورد نیاز می باشد و محدودیتی جهت پذیرش این افراد در مرکز وجود ندارد.

۱۰. تابعیت خدمت گیرندگان باید ایرانی باشد. در غیر این صورت خدمت گیرندگان یا باید تابعیت دولت را پذیرفته باشند و یا از مراجع ذیصلاح کارت اقامت دریافت کرده باشند. افرادی که تابعیت ایرانی ندارند جهت تعیین تکلیف به سیستم قضایی معرفی می شوند.

۱۱. در صورتیکه خدمت گیرنده در شرایط روحی- روانی باثبات نبوده، علائم استرس پس از حادثه را داراست و یا افکار خودکشی دارد، ارائه خدمات تخصصی فوری الزامی است.

۱۲. در صورت نیاز به انجام آزمایشات پاراکلینیکی، مرکز موظف است هماهنگی های لازم را در این خصوص به عمل آورد.

روند پذیرش

۱- خدمت گیرنده در بدو ورود توسط مددکار اجتماعی مورد مصاحبه اولیه قرار گرفته و پس از تکمیل فرم پذیرش، بر حسب ضرورت و شرایط خدمت گیرنده، به سایر متخصصین خانه امن ارجاع می شود.

۲- ارزیابی اجتماعی: توسط مددکار اجتماعی جهت ارزیابی وضعیت اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی و موقعیت فعلی خدمت گیرنده به منظور تشخیص نیاز خدمت گیرنده به اقامت در مرکز یا دریافت خدمات سرپائی انجام می شود. برآورد نیازها و میزان آسیب های اجتماعی وارده، به تدریج و با توجه به ظرفیتهای روحی خدمت گیرنده صورت می گیرد.

۳- ارزیابی روانشناختی: توسط روانشناس و روانپزشک صورت می گیرد. برآورد نیازها و میزان آسیب های اجتماعی وارده، به تدریج و با توجه به ظرفیتهای روحی خدمت گیرنده صورت می گیرد.

۴- ارزیابی بهداشتی و درمانی: این ارزیابی توسط پزشک در صورتی که خدمت گیرنده نیاز به نگهداری موقت داشته باشد و یا بنا به تشخیص و پیشنهاد یکی از اعضای تیم تخصصی، صورت می گیرد.

۵- ارزیابی حقوقی: توسط مشاور حقوقی صورت می پذیرد.

۶- ارزیابی تشخیصی: توسط تیم تخصصی متشکل از مددکار اجتماعی، روانشناس، روانپزشک/پزشک، مشاور حقوقی با حضور مسئول فنی مرکز، بعد از انجام ارزیابی های فوق جهت تصمیم گیری و بررسی راهکارها برای کمک به مراجع صورت می پذیرد.

خدمات تخصصی

برای خدمت گیرنده و فرزندان وی در مرکز، خدمات تخصصی ذیل ارائه می گردد

خدمات مددکاری اجتماعی:

برخی از خدمات مددکاری اجتماعی عبارتند از:

بررسی وضعیت اسکان فوری :

وضعیت اسکان خدمت گیرنده می بایست بررسی شود و در صورتی که ادامه حضور در محل اسکان قبلی می تواند آسیب های بیشتری را متوجه او یا افراد تحت سرپرستی و یا مراقبت وی (بخصوص کودکان) نماید، برای اسکان فوری اقدام گردد.

آموزش اقدامات محافظت کننده و ارتباط با خانواده :

در شرایطی که خدمت گیرنده ناچار است به همان منزلی بازگردد که در آن در معرض خشونت است، باید به او کمک شود یک طرح ایمنی در خانه ابداع کند زیرا همیشه احتمال تکرار خشونت وجود دارد. طراحی باید برای هر فرد به طور اختصاصی بر اساس محل و سبک زندگی، فرهنگ منطقه، سن قربانی، تعداد و سن فرزندان، نوع خشونت و منابع حمایتی موجود انجام شود.

فعالیت های کاهش بحران :

در صورت گزارش موارد بحرانی برای زنان خشونت دیده یا در معرض خشونت لازم است از خدمات مراکز مداخله در بحران استفاده کنید و از اقدامات موازی بپرهیزید. به این منظور ضرورت دارد تیم مداخله با مرکز مداخله در بحران به طور فعال در ارتباط باشد و نحوه همکاری در شرایط بحرانی توسط تیم های تخصصی هر دو مرکز مرور و هماهنگ شود.

مصاحبه تشخیصی و برنامه ریزی جهت مداخله :

برای هر یک از مراجعین برنامه مداخله ای ویژه طراحی و اجرا نمایید. این برنامه می بایست شامل کلیه اقدامات کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت برای توانمند نمودن زن خشونت دیده یا در معرض خشونت باشد. برنامه مداخله را در پرونده مددکاری اجتماعی ثبت کنید و نحوه پیشرفت مداخله را در پرونده منعکس نمایید. برنامه مداخله را به گونه ای تنظیم کنید که واقع بینانه، هدفمند، زماندار، قابل اجرا و قابل سنجش باشد.

پاسخ به نیازهای پایه و ارایه خدمات اجتماعی :

تعدادی از زنان خشونت دیده ای که به مرکز مراجعه می کنند حتی برای تأمین برخی نیازهای پایه خود با مشکل مواجه می شوند. مرکز همواره باید برای ارائه خدمت فوری با تمرکز بر تأمین نیازهای پایه به مراجعین آمادگی داشته باشد. اطمینان حاصل کنید امکانات لازم به این منظور از سوی مرکز پیش بینی شده و حمایت یابی های ضروری در این خصوص انجام گرفته اند.

حمایت یابی و بازتوانی :

حمایت یابی یکی از ابزارهایی است که می تواند شرایط را برای ارائه خدمات متنوع و متناسب با نیاز مراجعین فراهم نماید. برای حمایت یابی برنامه ریزی و اقدام کنید. برای این منظور حمایت کنندگان بالقوه را شناسایی کنید و در مورد روش تعامل با آنها تصمیم گیری کنید. در نظر داشته باشید که یک روش به تنهایی نمی تواند برای حمایت یابی در همه عرصه ها مؤثر واقع شود و احتمال دارد لازم باشد برای هر مخاطب یک روش ویژه را در نظر بگیرید. در فرایند حمایت یابی به انواع حمایت ها (اعم از حمایت های روانی-عاطفی، اجتماعی، شغلی، آموزشی، مادی و ...) توجه نمایید. تا حد امکان از مشارکت مراجعینتان در حمایت یابی بهره بگیرید. به مراجع بیاموزید چگونه می توانند برای حمایت یابی برنامه ریزی کنند. در طول فرایند حمایت یابی مراجع را راهنمایی و حمایت کنید.

موارد زیر منابع حمایتی مناسبی هستند که در صورت وجود خشونت می توان از آن ها کمک گرفت:

فرزندان مستقل خانواده، اقوام، دوستان و همسایگان مورد احترام و اعتماد طرفین

معتمدین محل و افراد مورد اعتماد طرفین

سازمان های غیردولتی فعال در زمینه کاهش و پیشگیری از خشونت علیه زنان

خط تلفنی صدای مشاور سازمان بهزیستی کشور (۱۴۸۰)، اورژانس اجتماعی (۱۲۳)، خط مشاوره ی قوه ی قضائیه (۱۲۹)، خط مشاوره ی نیروی انتظامی (۱۱۰)، مشاوره ی تلفنی با روانپزشکان و روانشناسان و مشاوران خانواده مراکز مشاوره دولتی و غیر دولتی در دسترس

مراکز روانپزشکی و روانپزشکان در دسترس، مراکز مشاوره، مشاوره خانواده و مداخله در بحران، سازمان ها و کلینیک های مددکاری اجتماعی

توانبخشی حرفه ای :

بسیاری از زنان خشونت دیده یا در معرض خشونت خانه دار هستند و وابستگی اقتصادی آنها به دیگری می تواند یکی از عوامل مساعد کننده خشونت پذیری آنها بشمار آید. توانبخشی حرفه ای می تواند به عنوان یک اقدام مؤثر در توانمندسازی زنان خشونت دیده و در معرض خشونت بکار گرفته شود. برنامه ریزی و پیگیری امور مربوط به توانبخشی حرفه ای مراجعین (شامل ارزیابی، مشاوره و برنامه ریزی شغلی، ارجاع برای آموزش های حرفه ای، کمک به مراجع برای تهیه طرح کسب و کار، حمایت یابی شغلی، شبکه سازی شغلی و ...) به عهده مددکار اجتماعی است. به نگرانی های مراجع برای اشتغال توجه کنید. واکنش های احتمالی مرتکبین خشونت را قبل از آغاز برنامه توانبخشی حرفه ای بررسی و برای مواجهه با آن با مشارکت مراجع تدابیر مناسب را در نظر بگیرید. در نظر داشته باشید نباید به گونه ای عمل کنید که احتمال خشونت علیه مراجع افزایش یابد.

با مشارکت مراجع برنامه اشتغال وی را طراحی نمایید. در طراحی برنامه به توانایی ها و مهارت های او توجه کنید. در صورتی که مراجع نیازمند آموزش مهارت حرفه ای خاصی بود، او را به مراکز آموزش حرفه ای ارجاع دهید. از آنجایی که شبکه سازی مشاغل در مواردی می تواند در پایداری شغل مراجعین و کسب حمایت های شغلی و اجتماعی تأثیرگذار باشد، این امر را مورد توجه قرار دهید. در صورتی که تعدادی از مراجعین واجد شرایط قرار گرفتن در شبکه شغلی بودند، شرایط را برای هماهنگی های مقدماتی میان آنها فراهم کنید. در مواردی که مراجعین ایده های جدیدی برای کسب و کار دارند یا می خواهند کسب و کار خود را توسعه دهند، آنها را با بسته های آموزشی کارآفرینی آشنا کنید و هماهنگی های لازم را برای شرکت در جلسات آموزشی مربوطه بعمل آورید. به مراجعین در تهیه طرح کسب و کارشان کمک کنید. مذاکره های سه جانبه (مددکار، کارفرما و مراجع) می توانند به مراجع و کارفرما برای همکاری مؤثر با یکدیگر کمک کنند. برای این مذاکره ها برنامه ریزی و هر یک از طرفین را برای حضور در جلسه آماده کنید. تیم مداخله را از فرایند توانبخشی شغلی مراجع مطلع کنید. اطلاعاتی را که اعضای تیم مداخله در مورد وضعیت مراجع گزارش می کنند، در برنامه ریزی توانبخشی شغلی در نظر بگیرید. برای تأمین منابع مورد نیاز برای راه اندازی و یا توسعه کسب و کار توسط مراجع حمایت یابی های لازم را انجام دهید.

مداخلات تخصصی با مرتکبین خشونت :

لازم است مداخلات مرتبط با مرتکبین خشونت را نیز در برنامه ریزی مورد توجه قرار دهید. اغلب این برنامه ها در طولانی مدت قابل پیگیری هستند. از مشارکت فعال روانشناس و مشاور حقوقی در این خصوص استفاده کنید. برنامه مداخله در خصوص مرتکبین خشونت می تواند شامل موارد زیر باشد:

به چالش طلبیدن عقاید در مرتکبین و آموزش مهارت های جدید برای تسهیل تغییر در رفتار

آموزش "ارتباط بدون خشونت"

در دسترس قرار دادن الگوی جدید همزمان با معرفی رفتارهای جایگزین خشونت.

ممانعت از مقصر دانسته شدن قربانی توسط مرتکب خشونت.

به چالش گرفتن باورهای غلط در مورد خشونت و پیشرفت به سوی عدم پذیرش هرگونه رفتار خشن.

هماهنگ کردن سایر خدمات لازم برای دسترس آسان مرتکبین خشونت به آنها.

لازم است قبل از آغاز تعامل با مرتکب خشونت هماهنگی لازم با سایر اعضای تیم مداخله صورت گیرد

نظارت:

مددکاران اجتماعی باید بر فرآیند پذیرش و ارائه خدمت به مراجعین نظارت کنند. در مورد پذیرش و ارائه خدمت به مراجعین وجود موانع بسیاری محتمل است که بسیاری از آنان به فرد آزارگر و وابستگی مراجع به وی مربوط می شود. از اینرو تعامل با فرد آزارگر، انجام مصاحبه و مشاوره با وی و پیش بینی برنامه های درمانی برای او همچنین در صورت لزوم وارد شدن به مباحث حقوقی و قانونی مربوط به طلاق، حضانت کودک و... باید مورد توجه مددکاران اجتماعی قرار گیرد.

مداخلات مددکاری گروهی با مراجعین:

آموزش و مشاوره در مورد روش های پیشگیری از خشونت، ارتباط بدون خشونت و روش های مراقبت از خود می توانند مهمترین موضوعات برگزاری جلسات مددکاری گروهی با مراجعین باشند.

حمایت از کودکان:

مددکاران اجتماعی باید نسبت به وضعیت کودکانی که تحت سرپرستی و مراقبت مراجعین هستند، حساس باشند. احتمال اعمال انواع آزارها نسبت به این کودکان وجود دارد لذا تأمین شرایط امن و عاری از آزار را برای آنها به طور جدی پیگیری کنید و حمایت از این کودکان را با اولویت در دستور کار خود قرار دهید.

پیگیری پس از ترخیص:

پیگیری به منظور حصول اطمینان از دستیابی قربانیان خشونت به خدمات مورد نیازشان انجام می گیرد و باید در دوره زمانی سه تا شش ماه از اولین تماس مراجع انجام گیرد اما محدود به این زمان نمی شود و ممکن است پس از آن نیز فرآیند پیگیری انجام شود.

تبصره ۱: با توجه به تدوین و ابلاغ راهنمای عمل مداخلات تخصصی در خانه های امن جهت تکمیل اطلاعات و یکسان سازی نحوه ارائه خدمات مقتضی است مددکاران اجتماعی به صفحات ۱۰۶ تا ۱۲۰ این راهنما مراجعه کنند.

پیشگیری اجتماع محور از خشونت علیه زنان:

بسیاری از زنانی که مورد خشونت قرار می گیرند، موضوع را به سیستم حمایتی گزارش نمی کنند و هرگز فرصت این را پیدا نمی کنند که از خدمات این مراکز بهره بگیرند. این گروه از زنان نیز مخاطبین مراکز حمایت از زنان خشونت دیده و در معرض خشونت محسوب می شوند و باید برای آنها برنامه های ویژه ای را طراحی و اجرا نمود. از جمله مهمترین اقداماتی که می توانید در این خصوص انجام دهید مداخلات اجتماع محور به منظور کاهش خشونت علیه زنان است.

تبصره ۲: با توجه به تدوین و ابلاغ راهنمای عمل مداخلات تخصصی در خانه های امن جهت تکمیل اطلاعات و یکسان سازی نحوه ارائه خدمات مقتضی است مددکاران اجتماعی به صفحات ۱۳۴ تا ۱۴۳ این راهنما مراجعه کنند.

خدمات روانشناسی: برخی از خدمات روانشناسی عبارتند از :

فعالیت های کاهش بحران :

در صورت گزارش موارد بحرانی برای زنان خشونت دیده یا در معرض خشونت لازم است از خدمات مراکز مداخله در بحران استفاده کنید و از اقدامات موازی بپرهیزید. به این منظور ضرورت دارد تیم مداخله با مرکز مداخله در بحران به طور فعال در ارتباط باشد و نحوه همکاری در شرایط بحرانی توسط تیم های تخصصی هر دو مرکز مرور و هماهنگ شود.

مصاحبه بالینی و معاینه وضعیت روانی :

لازم است مصاحبه روانشناسی به منظور برقراری رابطه درمانی و تشخیص پس از پذیرش مراجع در مرکز انجام گیرد. در جلسات نخستین شرح حال مراجع را ثبت کنید و مصاحبه تشخیصی را با توجه به محورهای پنجگانه انجام دهید.

انجام آزمونها :

در صورت نیاز از آزمون های تشخیصی روانشناسی مانند نسخه کوتاه MMPI، SCL-90، افسردگی بک، اضطراب بک، CSQ و GHQ استفاده کنید. در صورت نیاز به آزمون های جامع تر از آزمون های NEO، MMPI-II، میلون و وکسلر استفاده کنید.

تدوین طرح درمان :

پس از تشخیص برای هر مراجع با توجه به نوع و ابعاد مشکل، ویژگی های شخصیتی، خانوادگی و اجتماعی و سایر خصوصیات منحصر به فرد او، طرح درمان آماده کنید.

در برنامه ریزی مداخله روانشناختی ویژه زنان خشونت دیده یا در معرض خشونت به علائم اضطرابی (مانند ترس از فضای بسته یا گذرها، حمله پانیک و اختلال استرس پس از سانحه)، رفتارهای آسیب زنده به خود مانند اقدام به خودکشی، گرایش به سوء مصرف مواد یا داروها، اشکال در روابط اجتماعی، دوست یابی و اعتماد به دیگران و شکل گیری رفتارهای انفعالی - پر خاشگرانه (مانند احساس اجبار برای خشود کردن دیگران، تسلیم پذیری و پرهیز از هرگونه مقابله، عدم بیان خواسته ها و نیازهای خود) توجه داشته باشید.

آموزش مهارتهای زندگی (با همکاری مددکار اجتماعی)

مداخلات تخصصی با مرتکبین خشونت :

لازم است مداخلات مرتبط با مرتکبین خشونت را نیز در برنامه ریزی مورد توجه قرار دهید. اغلب این برنامه ها در طولانی مدت قابل پیگیری هستند. از مشارکت فعال مددکار اجتماعی و مشاور حقوقی در این خصوص استفاده کنید. برنامه مداخله در خصوص مرتکبین خشونت می تواند به شیوه فردی و گروهی انجام گیرد و شامل موارد زیر باشد:

به چالش طلبیدن عقاید در مرتکبین و آموزش مهارت های جدید برای تسهیل تغییر در رفتار

در دسترس قرار دادن الگوی جدید همزمان با معرفی رفتارهای جایگزین خشونت.

ممانعت از مقصر دانسته شدن قربانی توسط مرتکب خشونت.

به چالش گرفتن باورهای غلط در مورد خشونت و پیشرفت به سوی عدم پذیرش هرگونه رفتار خشن.

همهانگ کردن سایر خدمات لازم برای دسترس آسان مرتکبین خشونت به آنها.

لازم است قبل از آغاز تعامل با مرتکب خشونت هماهنگی لازم با سایر اعضای تیم مداخله صورت گیرد.

مشاوره و درمان اعم از مشاوره فردی و روانشناسی خانوادگی و گروهی

تبصره ۳: با توجه به تدوین و ابلاغ راهنمای عمل مداخلات تخصصی در خانه های امن جهت تکمیل اطلاعات و یکسان سازی نحوه ارائه خدمات مقتضی است مددکاران اجتماعی به صفحات ۱۲۱ تا ۱۲۳ این راهنما مراجعه کنند.

خدمات بهداشتی و درمانی: برخی از خدمات بهداشتی و درمانی عبارتند از:

تهیه شرح حال

انجام معاینات کامل

انجام آزمایشات پاراکلینیکی روتین

تشخیص و تدوین و اجرای طرح خاص درمانی

نظارت بر بهداشت فردی ، محیط

تبصره ۴: با توجه به تدوین و ابلاغ راهنمای عمل مداخلات تخصصی در خانه های امن جهت تکمیل اطلاعات و یکسان سازی نحوه ارائه خدمات مقتضی است مددکاران اجتماعی به صفحات ۹۷ تا ۱۰۲ و صفحه ۱۲۴ این راهنما مراجعه کنند.

خدمات حقوقی : خدمات حقوقی عبارتند از :

ارایه راهنمایی های حقوقی به افراد

پیگیری امور حقوقی افراد از مراجع ذیربط (دادگاهها و ...)

تبصره ۵: با توجه به تدوین و ابلاغ راهنمای عمل مداخلات تخصصی در خانه های امن جهت تکمیل اطلاعات و یکسان سازی نحوه ارائه خدمات مقتضی است مددکاران اجتماعی به صفحات ۱۲۴ تا ۱۲۷ این راهنما مراجعه کنند.

خدمات فرهنگی ، آموزشی و اشتغال : برخی خدمات فرهنگی و آموزشی شامل موارد ذیل می باشد :

آموزش مهارت های زندگی، مهارت های حل مسئله و ...

حرفه آموزی و آموزش های مرتبط در راستای توانمندی سازی خدمت گیرندگان

کاریابی و اشتغال

برنامه ریزی جهت گذران اوقات فراغت متناسب با نوع مشکل و مدت زمان اقامت در مرکز

خدمات تیم تخصصی :

غربالگری زنان در معرض خشونت :

پیشگیری از خشونت علیه زنان وظیفه کلیه اعضای تیم مداخله است. لازم است همه اعضای تیم مداخله برای این موضوع تقسیم وظیفه نموده و برای اجرای آنها به طور فعال مشارکت نمایند.

اگرچه غربالگری به تنهایی نمی تواند بر پیشگیری از خشونت علیه زنان مؤثر باشد، شناسایی زنان در معرض خشونت می تواند گام اولیه برای ارائه خدمات حرفه ای به آنها باشد. از این رو ضرورت دارد پیگیری های لازم را برای انجام غربالگری صورت دهید. از آنجایی که مراکز بهداشتی و درمانی مهمترین جایگاه برای غربالگری زنان خشونت دیده و در معرض خشونت هستند، لازم است با این مراکز ارتباط داشته باشید. هماهنگی های بین مراکز حمایت از زنان خشونت دیده و در معرض خشونت با مراکز بهداشتی و درمانی در این خصوص بسیار تعیین کننده است.

آگاهسازی زنان در معرض خشونت و خشونت دیده :

اطلاع رسانی به جامعه و اجتماع محلی بخش مهمی از وظایف اعضای تیم مداخله است. به این منظور اعضای تیم مداخله می توانند در طول مداخله اجتماع محور برای آگاه سازی اهالی اجتماع محلی در مورد انواع و عوارض خشونت و روش های پیشگیری از آن همکاری فعال داشته باشند.

تبصره ۶: با توجه به تدوین و ابلاغ راهنمای عمل مداخلات تخصصی در خانه های امن جهت تکمیل اطلاعات و یکسان سازی نحوه ارائه خدمات مقتضی است مددکاران اجتماعی به صفحات ۱۳۴ تا ۱۳۵ این راهنما مراجعه کنند.

مطالعه ارزیابی های صورت گرفته توسط سایر کارشناسان مرکز و برنامه ریزی برای فعالیتهای تیمی

ارائه راهنمایی های لازم به خدمت گیرنده جهت اتخاذ تصمیم مناسب و متناسب با وضعیت وی از بدو ورود تا زمان ترخیص

تصمیم گیری در خصوص ترخیص خدمت گیرندگان

تعیین نحوه پیگیری پس از ترخیص

نحوه ارائه خدمات تخصصی

خدمات تخصصی به صورت سرپایی ، خدمات اقامتی و خدمات اجتماع محوره به صورت شبانه روزی و رایگان ارائه می گردد.

۱. خدمات سرپایی : شامل خدمات تخصصی مددکاری اجتماعی، روانشناسی ، پزشکی ، روانپزشکی ، حقوقی و ... می باشد.

۲. خدمات اقامت شبانه روزی : شامل خدمات تخصصی فوق الذکر به زنان و دختران در معرض خشونت می باشد و این افراد می توانند حداکثر به مدت ۱۲۰ روز از خدمات نگهداری موقت استفاده نمایند . این مدت در صورت نیاز با تایید تیم تخصصی برای ۶۰ روز دیگر قابل تمدید می باشد.

۳. خدمات اجتماع محور: آگاهسازی عمومی و شناسایی گروههای هدف این طرح در سکونتگاههای غیر رسمی و مناطق حاشیه نشین توسط اعضای تیم مداخله صورت می پذیرد . در صورت نیاز به خدمات تخصصی تر و یا خدمات اقامت شبانه روزی، ارجاع به کارشناسان مرکز انجام می شود.

۴. خدمات تخصصی سایر سازمانها : با شناسایی و برقراری ارتباط حرفه ای، هماهنگی های لازم از طریق برگزاری جلسات توجیهی و ترجیحاً با انعقاد تفاهم نامه با سایر نهادهای ذیربط (مراکز نیروی انتظامی ، دادگستری ، زندان ها، پزشکی قانونی و ...) به منظور شناسایی و ارایه خدمات تخصصی به افرادی که مشمول بهره مندی از این خدمات می شوند، صورت می پذیرد.

۵. سایر خدمات : با توجه به شرایط مراجعین خدمات ذیل را می توان ارایه نمود :

۶. ارجاع به مراکز ذیربط درون یا برون سازمانی برای ارایه خدمات به افراد با هدف بهره گیری از منابع و خدمات آنها برای مراجعین

۷. انجام حمایت های مالی طبق دستورالعمل جامع مالی سازمان بهزیستی و بخشنامه های ارسالی از دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی

۸. در صورت پرداخت کمک های موردی به خدمت گیرنده ، مددکار اجتماعی مرکز باید بر چگونگی هزینه مبالغ پرداختی نظارت کامل داشته و طی گزارشی موضوع را در پرونده خدمت گیرنده منعکس می نماید.

۹. بهره گیری از فرصتهای اشتغال موجود در سازمان بهزیستی یا سایر سازمانها اعم از دولتی و غیر دولتی

۱۰. بهره گیری از فرصتهای موجود در زمینه مسکن در سازمان بهزیستی و یا سایر سازمان ها اعم از دولتی و غیر دولتی

ترخیص

ترخیص خدمت گیرندگان با نظر خدمت گیرنده و تایید تیم تخصصی ، زمانی که بسترهای مناسب برای خدمت گیرنده فراهم شده باشد، به یکی از صور زیر صورت می پذیرد:

۱ - استقلال خدمت گیرنده پس از طلاق از لحاظ اقتصادی- اجتماعی، دارا بودن شغل درآمدزا، و سلامت عقلانی و روانی

۲- بازگشت به خانواده در صورت اصلاح رفتار فرد آزارگر در صورت تائید اصلاح رفتار و سلامت روانی آزارگر توسط پزشکی قانونی و اخذ تعهد قضائی از فرد آزارگر مبنی بر عدم تکرار خشونت و اطمینان تیم تخصصی مرکز از امن بودن بازگشت خدمت گیرنده به زندگی با فردی که قبلاً دست به خشونت زده است .

۳- ارجاع به مراکز امور آسیب دیدگان اجتماعی و سایر مراکز سازمان بهزیستی در شهرستان و یا استان دیگر باتوجه به شرایط خدمت گیرنده و شرایط پذیرش در دستورالعمل مراکز مذکور.

نکات ضروری در ترخیص گیرندگان

۱. تیم تخصصی موظف است پس از ایجاد آمادگی های لازم فردی و ... و با مشارکت خدمت گیرنده در تصمیم گیری برای ترخیص ، اقدام نماید.
۲. در ترخیص خدمت گیرندگان، با توجه به فرهنگ بومی خانواده ها و علل بروز مشکل ، جهت جلوگیری از وقوع خطرات جانی برای خدمت گیرنده ، نیاز است تا در صورت تایید امنیت فضای خانواده از نظر جانی و روانی برای ترخیص خدمت گیرنده توسط تیم تخصصی ، بازگشت به خانواده با مجوز مرجع قضایی صورت پذیرد .
۳. در صورتی که خدمت گیرنده به مراکز تابعه دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی در سایر استانها یا شهرستانها ارجاع داده می شود باید اصل پرونده وی نیز به مرکز مربوطه منتقل گردد. اما خلاصه پرونده و اطلاعات مورد نیاز باید در دفاتر و بایگانی مرکز ثبت گردد.
۴. خدمت گیرندگانی که از سایر استانها می باشند با توجه به لزوم تامین امنیت جانی و روانی خدمت گیرنده و بنا به انتخاب خدمت گیرنده، می توانند در هر یک از دو استان بنا به نظر خدمت گیرنده و صلاحدید تیم تخصصی، اقامت و خدمات دریافت نمایند لیکن جهت تسهیل دسترسی و پیگیریهای اداری ترجیح با اعزام خدمت گیرنده به استان مبدا می باشد. در صورت درخواست خدمت گیرنده به اعزام به استان مبدا ، قبل از اعزام ، باید ارزیابی های اولیه تخصصی برای آنان صورت پذیرد و پس از تکمیل پرونده، نسبت به هماهنگی جهت ارجاع و اعزام آنان اقدام گردد.
۵. ضروریست قبل از اعزام یا راهنمایی خدمت گیرندگان به سایر حوزه ها و سازمان ها، قبلا با کارشناسان مربوطه هماهنگی لازم صورت پذیرد.

پیگیری پس از ترخیص

- ۱- مددکار اجتماعی مرکز موظف است پس از ترخیص، پیگیری لازم را انجام دهد . برخی از اشکال پیگیری عبارتند از :
 - مراجعه حضوری مددکار اجتماعی به افراد یا بالعکس
 - تماس تلفنی مددکار اجتماعی با افراد یا بالعکس
 - مکاتبه مددکار اجتماعی با افراد یا بالعکستبصره ۱ - مکاتبه می تواند از طریق نامه های عادی یا پست الکترونیک باشد که در این صورت مددکار اجتماعی باید اطمینان داشته باشد که نامه فقط توسط خدمت گیرنده دریافت می گردد و یا اطمینان داشته باشد که خانواده از مشکل خدمت گیرنده مطلع باشند تا مشکلی برای او ایجاد نکند.
- ۲- در صورتیکه افراد به شهرداری در استان یا استان دیگری نقل مکان کرده اند مددکار اجتماعی از طریق تماس تلفنی و یا مکاتبه ارتباط خود را با خدمت گیرنده حفظ نموده و در صورتیکه بنا به تشخیص مددکار اجتماعی مربوطه، نیاز به

پیگیری حضوری یا مداخله وجود داشته باشد، در اسرع وقت با توجه به میزان فوریت ، هماهنگی های لازم توسط کمیته امور آسیب دیدگان استان، با استان یا شهرستان ذیربط صورت می گیرد.

در صورتیکه، شهرستان یا استان مورد نظر ، دارای مرکز اسکان موقت یا مداخله در بحران باشد، پیگیری توسط مرکز مذکور انجام می شود.

در صورتی که در شهر مقصد ، مرکزی مربوط به دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی فعالیت نداشته باشد، پیگیری از طریق کارشناسان یا رابطین امور آسیب دیدگان اجتماعی و یا کارشناس امور اجتماعی انجام گیرد .

مددکار اجتماعی مربوطه می تواند با کارشناسان استان یا شهرستان محل اقامت خدمت گیرنده، جهت اطلاع از وضعیت خدمت گیرنده در ارتباط مستقیم باشد.

استان مبدا و استان مقصد موظف به مکتوب نمودن گزارش کلیه اقدامات و پیگیریها می باشند.

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

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

تبصره ۲ - زمانی که خدمت گیرنده به طور دایم به مرکز دیگری ارجاع می گردد ، پیگیری نیز توسط همان مرکز انجام شده و نیازی به ارایه گزارش به مرکز ارجاع دهنده نمی باشد .

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

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

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

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

۵- با توجه به حساسیت برخی خدمت گیرندگان مبنی بر عدم اطلاع همسایگان از مسائل آنها در محله ای که ساکن اند، استفاده از خودروهای خدمات سیار در انجام بازدید ها و پیگیری های پس از ترخیص ممنوع می باشد مگر با هماهنگی و موافقت خدمت گیرنده.

۶ - مسوول مرکز موظف است وسیله ایاب و ذهاب را جهت انجام بازدیدها و پیگیری های پس از ترخیص در اختیار کارشناسان مرکز قرار دهد .

نظارت و ارزیابی

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

۱ - بازدید توسط مدیران و کارشناسان ستادی دفتر

۲- بازدید توسط مدیران و کارشناسان ستادی استان و شهرستان

۳ - دریافت و تحلیل آمار عملکرد استان ها

۴ -بازدید معاونین و کارشناسان استانها از سایر استانها

تبصره ۱: اصل رازداری حرفه ای در خصوص مشخصات خدمت گیرنده به ویژه در خصوص ناظرین بندهای ۳، ۴، ۵، ۶، و ۷ رعایت گردد.

تبصره ۲: بازدید و نظارت موضوع بند ۱ و ۲ بطور مستمر و حداقل ماهیانه یکبار انجام گردد.

مستند سازی

- کلیه اقدامات انجام شده از زمان پذیرش تا زمان ترخیص و پیگیریهای پس از ترخیص باید به طور مستمر در پرونده خدمت گیرنده ثبت گردد.

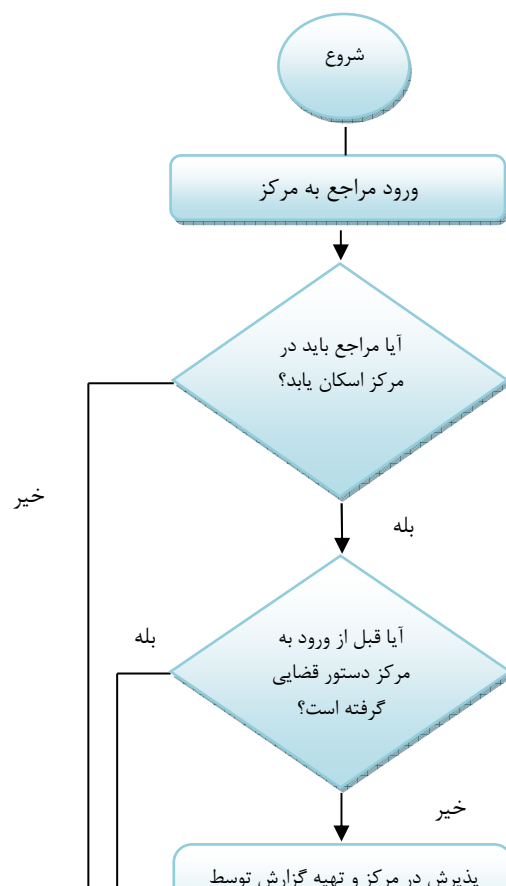
- با توجه به در معرض خطر بودن برخی از خدمات گیرندگان، در تنظیم گزارشات و مکاتبات، اصل رازداری حرفه ای رعایت گردد و مکاتباتی که نام خدمت گیرنده در آنها ذکر می شود، به صورت محرمانه ارسال گردند.

- مسئولیت حسن اجرای فعالیت ها و عملکرد مرکز مطابق با دستورالعمل ها و بخشنامه ها و شرح وظایف، شرکت در جلسات ، ایجاد ارتباط با نهادها و سازمانهای ذیربط و... به ترتیب برعهده ۱- مدیرکل ۲- معاون امور اجتماعی ۳- کارشناس مسئول امور آسیب دیدگان اجتماعی ۴- مسئول مرکز، می باشد.

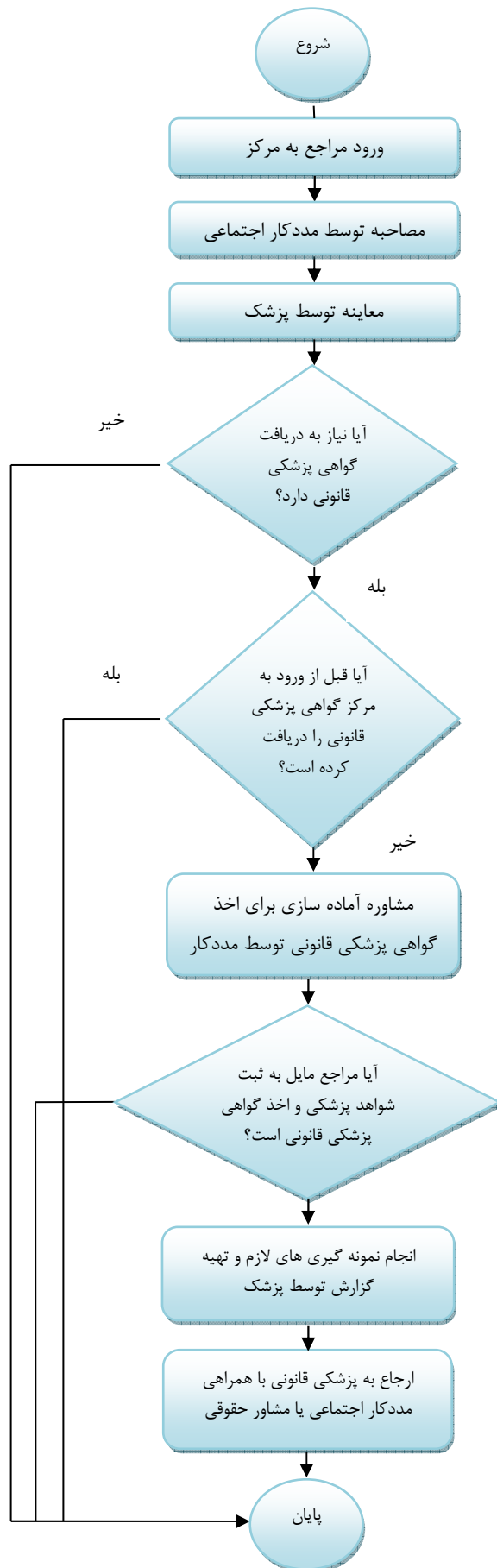
منابع تامین اعتبار

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

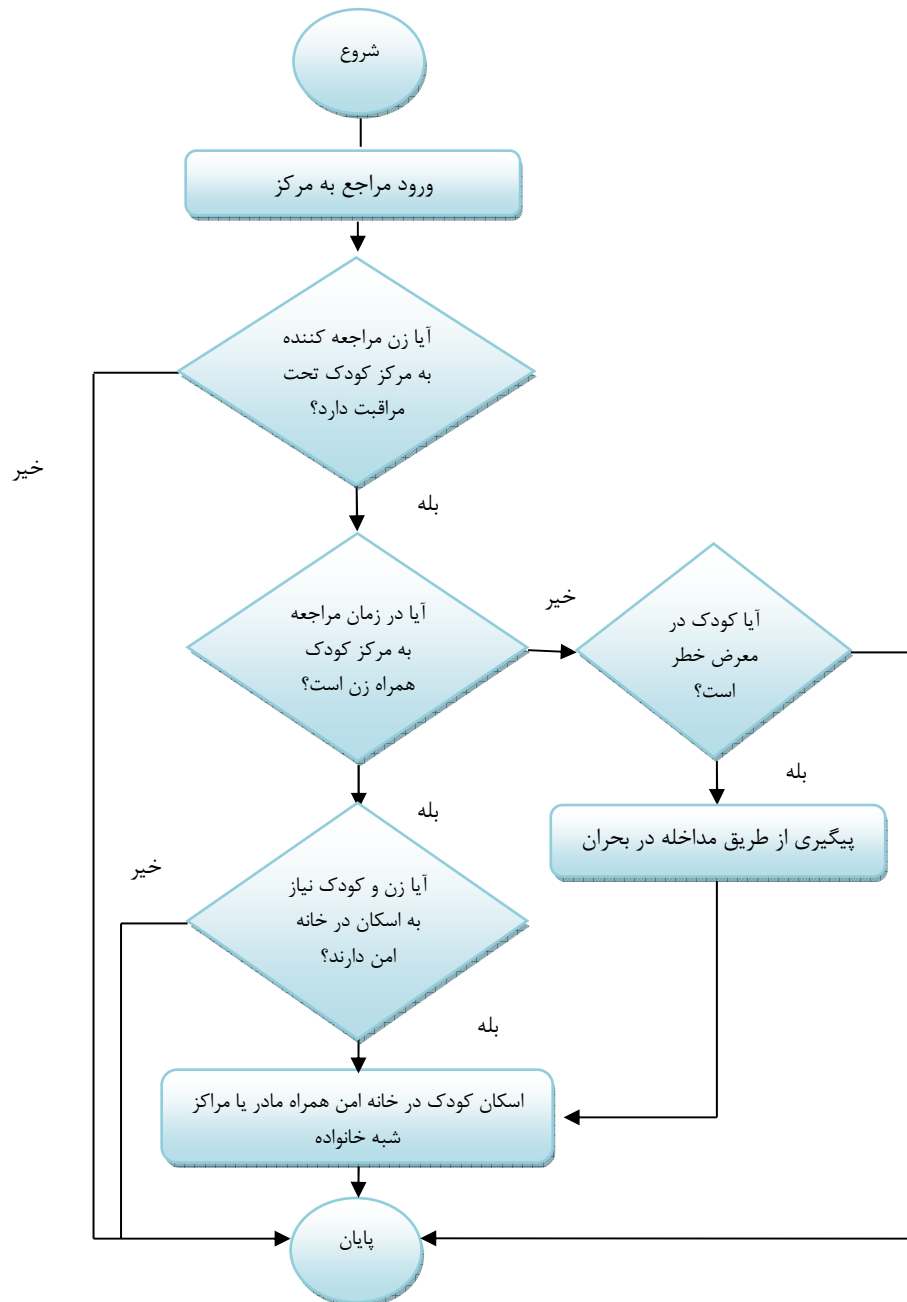
فلوچارت اخذ دستور قضایی



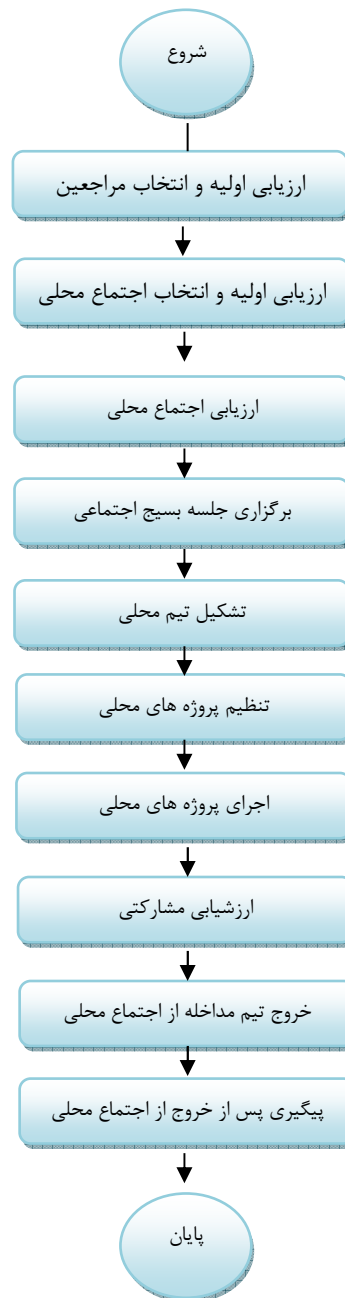
فلوچارت دریافت گواهی پزشکی قانونی



فلوچارت اسکان کودک



فلوچارت مداخله اجتماع محور



شرح وظایف

سازمان بهزیستی کشور
معاونت امور اجتماعی
دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی
شرح وظایف رئیس مرکز

۱. آشنایی کامل با دستورالعمل های و بخشنامه های ارسالی از سوی سازمان و رعایت آنها.
۲. شناخت قوانین و مقررات مرتبط با آسیب های اجتماعی .
۳. شناخت ساختار اجرایی کشور ، استان ، و شهرستان در راستای وظایف مرکز .
۴. نظارت بر فعالیتهای کلیه کارکنان مرکز متناسب با شرح وظایف.
۵. برگزاری و شرکت در جلسات تیم تخصصی .
۶. شرکت در جلسات مربوط به مرکز در ستاد بهزیستی استان و شهرستان.
۷. رویت کلیه مکاتبات و ارجاع مناسب و پاسخگویی به مکاتبات با همکاری کارکنان مرکز.
۸. پیگیری و انجام امور محوله از سوی مدیر کل ، معاون امور اجتماعی و کارشناسان امور آسیب دیدگان اجتماعی استان و رئیس بهزیستی شهرستان .
۹. کنترل حضور و غیاب کارکنان .
۱۰. تهیه شرح وظایف و برنامه کاری کارکنان اداری و خدماتی و نظارت بر نحوه اجرا.
۱۱. ایجاد ارتباط با سازمانها و نهادهای مربوط از جمله آموزش و پرورش ، دادگاهها ، نیروی انتظامی با هماهنگی حوزه معاونت امور اجتماعی استان و ...
۱۲. بررسی مسایل و مشکلات مرکز و اعلام به بهزیستی شهرستان و استان .
۱۳. ارتباط مستمر با کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی ، معاون امور اجتماعی و سایر همکاران ستاد.
۱۴. تهیه ملزومات مورد نیاز مرکز از طریق واحدهای ذیربط و نظارت بر استفاده صحیح از آنها.
۱۵. تهیه گزارش آمار و عملکرد ماهیانه مرکز با همکاری کارکنان و ارسال به موقع به بهزیستی شهرستان و استان .
۱۶. شرکت در دوره های آموزشی.
۱۷. فراهم نمودن زمینه های تشکیل کمیته آموزش و پژوهش.
۱۸. انجام پژوهشهای کاربردی متناسب با موضوعات و گروههای هدف دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی .
۱۹. تهیه گزارش های علمی متناسب با موضوعات و گروههای هدف دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی .
۲۰. تهیه گزارش های تحلیلی (کمی - کیفی - تلفیقی) متناسب با موضوعات و گروههای هدف دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی .
۲۱. تهیه بانک اطلاعات موسسات و خدمات با همکاری کارشناسان مرکز.
۲۲. نظارت فیزیکی ساختمان.
۲۳. انجام سایر امور محوله.

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

۱. آشنایی کامل با دستورالعمل های و بخشنامه های ارسالی از سوی سازمان و رعایت آنها.
۲. شناخت قوانین و مقررات مرتبط با آسیب های اجتماعی .
- ۳.
۴. انجام مصاحبه اولیه و بررسی و ارزیابی وضعیت فردی ، خانوادگی و اجتماعی خدمت گیرنده و در صورت دست یافتن به ارزیابی دقیق ، تکمیل فرم مربوطه.
۵. در صورت لزوم ، شناسایی و انجام بازدید منزل و تهیه گزارش.
۶. برنامه ریزی و پیگیری برنامه ها به منظور استقلال و خودکفایی خدمت گیرنده.
۷. ارتباط مستمر با خانواده و بستگان سببی و نسبی خدمت گیرنده گان و تلاش در جهت حل مشکل و بازتوانی خدمت گیرنده
۸. پیگیری بعد از ترخیص و ثبت در پرونده.
۹. ثبت ارزیابی ها، برنامه های کمکی و اقدامات در فرم های مربوطه.
۱۰. انجام پیگیریهای لازم جهت اجرایی شدن برنامه های کمکی.
۱۱. انجام پیگیری های لازم مرتبط با پزشکی قانونی ، قوه قضاییه و ...
۱۲. ارزیابی مستمر فعالیت ها و برنامه ها و اعلام آن به مدیر مرکز.
۱۳. برنامه ریزی و هماهنگی برنامه های آموزشی و اشتغال جهت بهره برداری خدمت گیرندگان مرکز.
۱۴. شناخت ساختار اجرایی کشور ، استان ، و شهرستان در راستای وظایف مرکز .
۱۵. انجام پژوهشهای کاربردی متناسب با فعالیت مرکز .
۱۶. تهیه گزارش های تحلیلی (کمی – کیفی – تلفیقی) متناسب با فعالیت مرکز .
۱۷. ارتباط و همکاری مستمر با سایر همکاران مرکز و حوزه معاونت امور اجتماعی.
۱۸. شناسایی و هماهنگی با سایر منابع اجتماعی در جهت توانمندسازی خدمت گیرندگان.
۱۹. انجام سایر امور محوله.

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

۱. شناخت قوانین و مقررات مرتبط با آسیب های اجتماعی .
۲. شناخت ساختار اجرایی کشور ، استان ، و شهرستان در راستای وظایف مرکز .
۳. آشنایی کامل با دستورالعمل های و بخشنامه های ارسالی از سوی سازمان و رعایت آنها.
۴. مصاحبه بالینی با خدمت گیرنده و تکمیل فرم های مربوطه .
۵. در صورت نیاز انجام آزمونهای روانی، تکمیل فرم آزمونها و طرح درمان
۶. انجام مصاحبه با خانواده و تلاش جهت سالم سازی محیط خانواده از لحاظ روانی و تکمیل فرم مربوطه
۷. ثبت ارزیابی ها، برنامه های درمانی و اقدامات در فرم های مربوطه.
۸. برگزاری جلسات مشاوره / رواندرمانی متناسب با مشکل، در صورتی که خدمت گیرنده نیاز به خدمات سرپایی داشته باشد.
۹. برگزاری جلسات مشاوره / رواندرمانی متناسب با مشکل، برای خدمت گیرنده بخش اسکان و خانواده وی در راستای کنترل و برطرف نمودن خشونت در خانواده.
۱۰. در صورت وجود بحران زناشویی ، تشکیل جلساتی برای مشاوره زناشویی و خانواده درمانی.
۱۱. به روز نمودن تکنیک ها و مهارت های تخصصی روانشناسی و بهره گیری از آنها در انجام امور .
۱۲. همکاری با مددکار اجتماعی در انجام برنامه های کمکی، پیگیری های مرتبط با پزشکی قانونی و سایر دستگاههای ذیربط.
۱۳. ارزیابی مستمر فعالیت ها و برنامه ها و اعلام آن به مدیر مربوطه.
۱۴. انجام پژوهشهای کاربردی متناسب با فعالیت مرکز .
۱۵. تهیه گزارش های تحلیلی (کمی – کیفی – تلفیقی) متناسب با فعالیت مرکز .
۱۶. تهیه گزارش های علمی متناسب با فعالیت مرکز .
۱۷. همکاری نزدیک با مددکار اجتماعی، پزشک و روان پزشک و شرکت فعال در جلسات تشخیص و جلسات داخلی مرکز.
۱۸. برگزاری کلاسهای آموزشی برای ارتقاء سطح آگاهی خدمت گیرندگان و خانواده های آنها.
۱۹. انجام سایر امور محوله.

۱. شناخت قوانین و مقررات مرتبط به آسیب های اجتماعی .
۲. شناخت ساختار اجرایی کشور ، استان ، و شهرستان در راستای وظایف مرکز .
۳. انجام مصاحبه با مراجع .
۴. ثبت مصاحبه ها و گزارش ها در پرونده خدمت گیرنده .
۵. شرکت در جلسات تیم تخصصی و جلسات داخلی مرکز .
۶. پیگیری امور حقوقی مراجع در مرکز و سایر مراکز و سازمانهای ذیربط با همکاری مددکار اجتماعی .
۷. بررسی مشکلات قانونی جهت اجرای طرحها و ساماندهی خدمت گیرندگان و ارایه پیشنهادات لازم .
۸. انجام پژوهشهای کاربردی متناسب با موضوعات و گروههای هدف دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی .
۹. تهیه گزارش های تحلیلی (کمی - کیفی - تلفیقی) متناسب با موضوعات و گروههای هدف دفتر .
۱۰. تهیه گزارش های علمی متناسب با موضوعات و گروههای هدف دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی .
۱۱. ارتباط و همکاری با سایر واحدهای اجرایی مرکز .
۱۲. تهیه آمار و اطلاعات مربوطه .
۱۳. انجام سایر امور محوله .

۱. شناخت قوانین و مقررات مرتبط با آسیب های اجتماعی .
۲. تشکیل پرونده بهداشتی برای هر مراجع در بدو ورود به واحد بهداشتی - درمانی (تنها برای مراجعانی که وارد بخش نگهداری موقت می شوند).
۳. تهیه شرح حال کامل و درج در پرونده بهداشتی (برای مراجعانی که بطور موقت نگهداری می شوند، فرم معاینات تکمیل می گردد).
۴. انجام معاینات کامل فیزیکی و ثبت علائم در پرونده به منظور ارزیابی وضعیت عمومی و سلامت جسمانی
۵. دستور انجام آزمایشات پاراکلینیک روتین مثل: شمارش گلبولی (C.B.C) ، کامل ادرار (U/A) ، آزمایش مدفوع (S/E) خصوصا برای جستجوی انگلها ، E.S.R و رایت و ویدال و P.P.D (در صورت لزوم)
۶. تشخیص بیماریها و تدوین طرح خاص درمانی، اجرای درمان و نظارت بر حسن اجرای درمان توسط سایر اعضا گروه بهداشتی (درمان فقط شامل اقدامات درمانی اولیه خصوصا در موارد اورژانس می باشد. جهت درمان قطعی نیاز به ارجاع مراجع به مراکز درمانی دارد).
۷. تشخیص بیماریهای مسری، عفونی و انگلی همانند: گال ، اکسیور ، آسکار یازیس، تیفوئید، وبا، مننژیت یا اسهال عفونی ، زرد زخم و سایر بیماریها مسری.
۸. انجام اقدامات پیشگیرانه جهت جلوگیری از اپیدمی شدن بیماریهای مسری (در مراجعانی که از خدمات نگهداری موقت استفاده می نمایند).
۹. اقدام لازم جهت شناسایی افراد مسلول و معرفی آنها به مراکز بهداشتی - درمانی شهری و پیگیری درمان.
۱۰. اعزام مراجعان پذیرش شده در مرکز به بیمارستان یا مراکز درمانی، و در صورت نیاز همراهی با آنان.
۱۱. غربالگری بیماران و ارجاع آنان به مراکز درمانی.
۱۲. اقدام جهت شناسایی معتادان و ارجاع آنان به معاونت پیشگیری جهت درمان.
۱۳. ثبت نشانه های اختصاصی و ویژگیهای منحصر به فرد که می تواند در آینده به شناسایی هویت فرد کمک کند.
۱۴. ارجاع زنان، دختران، و کودکانی که مورد خشونت واقع شده اند به پزشکی قانونی جهت اخذ گواهی های لازم
۱۵. شناخت ساختار اجرایی کشور ، استان ، و شهرستان در راستای وظایف مرکز .
۱۶. نظارت و پیگیری برنامه های بهداشت فردی ، بهداشت محیط و بهداشت پرسنل.
۱۷. نظارت بر تهیه و توزیع مواد غذایی بصورت بهداشتی.
۱۸. تهیه و تدوین برنامه های آموزشی در خصوص بهداشت فردی و پیشگیری از ابتلا به بیماریها.
۱۹. ثبت تمامی مراحل و اقدامات انجام شده بهداشتی یا درمانی در پرونده مراجع .
۲۰. تهیه لیست داروهای اولیه مورد نیاز مرکز و وسایل لازم جهت کمک های اولیه.
۲۱. نظارت بر نحوه ارایه و توزیع دارو.
۲۲. همکاری با واحد روانشناسی و مددکاری اجتماعی و مسئول مرکز.

۲۳. شرکت در جلسات تیم تخصصی و جلسات داخلی مرکز همکاری با سایر کارکنان مرکز.
۲۴. نظارت بر نحوه عملکرد پرستار مرکز و ارائه دستورات پزشکی لازم به وی.
۲۵. انجام پژوهشهای کاربردی متناسب با موضوعات و گروههای هدف دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی .
۲۶. تهیه گزارش های تحلیلی (کمی - کیفی - تلفیقی) متناسب با موضوعات و گروههای هدف دفتر .
۲۷. تهیه گزارش های علمی متناسب با موضوعات و گروههای هدف دفتر امور آسیب دیدگان اجتماعی .
۲۸. انجام سایر امور محوله ارایه شده توسط مسئول مرکز.

**** توجه :** خدمات پزشکی برای افراد سرپایی تنها به ارایه خدمات مشاوره ای در امور پزشکی (بنابر درخواست سایر همکاران مرکز) محدود می گردد. در حالیکه عمده خدمات پزشکی منظور شده بعنوان شرح وظیفه پزشک و پرستار مختص به خدمت گیرندگانی است که بطور موقت در مرکز نگهداری می شوند. همچنین لازم به ذکر است که در خصوص این گروه نیز ارائه خدمات درمانی مدنظر بوده و تنها در صورتی انجام می پذیرد که ضرورت پزشکی ایجاب نماید.

فرم راهنمای عمل تکمیل شاخص های نظارتی خانه امن

❖ **موقعیت جغرافیایی مرکز :** از آنجائیکه دسترسی خدمت گیرندگان به منابع حمایتی دارای اهمیت است و امنیت ایشان از ملزومات اجرای طرح است لذا ذکر پاسخ سوالات مرتبط الزامی می باشد.

❖ **وضعیت مالکیت :** منظور وضعیت ملکی ساختمان مرکز می باشد

- **تیپ بندی مرکز :**

تیپ ۱: مطابق دستورالعمل اجرایی شامل مراکزی که دارای ساختمان و تجهیزات و نیروی انسانی مستقل از سایر مراکز می باشد.

تیپ ۲: مطابق دستورالعمل اجرایی شامل مراکزی که نیروی انسانی مستقر در مراکز مداخله در بحران داشته و دارای بخش نگهداری مستقل می باشند.

❖ **وضعیت ایمنی بخش اداری و نگهداری موقت :**

- کپسول آتش نشانی : بررسی شود که آیا دارای تاریخ اعتبار است یا خیر

- جعبه کمک های اولیه بهداشتی و درمانی: حتما بررسی شود که آیا در جعبه باز است و در مواقع ضروری در دسترس است یا خیر و اینکه آیا داخل آن مواد لازم همچون لوازم ضد عفونی و پانسمان وجود دارد یا خیر و در صورت وجود ، گزینه وجود دارد علامت زده شود.

❖ **وضعیت فضای فیزیکی و بهداشتی اختصاص یافته به خانه امن :**

- ساختمان از نظر نور : هر اتاق دارای پنجره جداگانه می باشد یا خیر

- ساختمان از نظر تهویه : هر اتاق دارای سیستم تهویه یا پنجره می باشد یا خیر

- ساختمان از نظر سرمایش و گرمایش : با توجه به فصل و زمان بازدید ، مرکز از دمای هوای مناسب برخوردار است یا خیر

- وضعیت بهداشتی : شامل بهداشت محیط با مصادیقی چون تمیزی کفپوش و موکت ، عدم وجود زباله در محیط ، پاکیزگی سرویس های بهداشتی ، وجود مواد شوینده در سرویس های بهداشتی ، عدم وجود حشرات موذی در محیط و ...

ب - بهداشت و نظافت فردی: شامل تمیزی ظاهر ، مرتب بودن وسایل شخصی در خوابگاه ، در اختیار گذاردن وسایل نظافتی و بهداشتی همچون مسواک ، حوله و ...

- وضعیت تغذیه : منظور وجود برنامه غذایی متناسب با سن و نیاز خدمت گیرنده می باشد به طور مثال وجود میوه و لبنیات در برنامه غذایی

❖ **وضعیت نیروی انسانی متخصص در مرکز:**

- ۱ نفر مسئول فنی حائز شرایط دستورالعمل تأسیس ، اداره و انحلال خانه سلامت دختران و زنان (ماده ۲۶)

- ۱ نفر مددکار اجتماعی دارای تحصیلات کارشناسی یا ترجیحا "کارشناسی ارشد در رشته مددکاری اجتماعی و علوم اجتماعی شاخه خدمات اجتماعی

- ۱ نفر روانشناس دارای تحصیلات کارشناسی یا ترجیحا "کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی ، روانشناسی عمومی ، روانشناسی تربیتی

- ۱ نفر مشاور حقوقی با تحصیلات کارشناسی یا کارشناسی ارشد حقوق ترجیحا دارای پروانه وکالت و مجرب در حیطه پرونده های خشونت خانگی (پاره وقت)

- ۱ نفر پزشک / روانپزشک (پاره وقت و یا حداقل یک روز در هفته حضور در مرکز)

- ۳ نفر مراقب شب (در صورت وجود خدمت گیرنده نیازمند اقامت)

- با تحصیلات کارشناسی در رشته های علوم اجتماعی (خدمات اجتماعی) ، مددکاری اجتماعی ، روانشناسی (کلیه گرایش ها) و مشاوره

❖ بررسی پرونده های تخصصی :

- یک جلد دستورالعمل اجرایی خانه امن و یک جلد راهنمای عمل مداخلات تخصصی ابلاغ شده به شماره ۷۰۰/۹۳/۱۴۶۰۲۶ مورخ ۹۳/۱۰/۲۱ در مرکز موجود باشد.
- طی بررسی پرونده های خدمت گیرندگان و رویت فرم کمیته تخصصی در پرونده های مذکور نسبت به تشکیل تیم تخصصی ، زمان تشکیل و تصمیم های مبتنی بر تشکیل تیم و ترخیص بر اساس تصمیم تیم اطمینان حاصل گردد.
- بر پیگیری انجام شده از طریق مطالعه پرونده ها اطمینان حاصل شود.
- طی بررسی پرونده ها مشخص گردد تنها از فرم های مندرج در دستورالعمل استفاده گردیده و فرم های غیر اداری در پرونده موجود نمی باشد.

❖ ارائه خدمات مددکاری اجتماعی بر اساس راهنمای عمل مداخلات تخصصی در خانه های امن ارسال گردیده در سال ۹۳ :

- از آنجائیکه این فعالیت دارای راهنمای عمل مداخلات تخصصی می باشد لذا جهت حصول اطمینان از چگونگی و نحوه ارائه خدمات مددکاری اجتماعی می بایست فرد ارزیابی کننده ضمن مطالعه دقیق صفحات ۹۶ و ۹۷-۱۰۶ الی ۱۲۰ راهنمای عمل مداخلات تخصصی و لحاظ نمودن شرایط مندرج در آن ، به بررسی پرونده های خدمت گیرندگان پرداخته ، سپس فرم نظارتی را تکمیل نماید .

❖ ارائه خدمات روانشناسی بر اساس راهنمای عمل مداخلات تخصصی در خانه های امن ارسال گردیده در سال ۹۳ :

- از آنجائیکه این فعالیت دارای راهنمای عمل مداخلات تخصصی می باشد لذا جهت حصول اطمینان از چگونگی و نحوه ارائه خدمات روانشناسی می بایست فرد ارزیابی کننده ضمن مطالعه دقیق صفحات ۱۲۱ الی ۱۲۳ راهنمای عمل مداخلات تخصصی و لحاظ نمودن شرایط مندرج در آن ، به بررسی پرونده های خدمت گیرندگان پرداخته ، سپس فرم نظارتی را تکمیل نماید .

❖ ارائه خدمات حقوقی بر اساس راهنمای عمل مداخلات تخصصی در خانه های امن ارسال گردیده در سال ۹۳ :

- از آنجائیکه این فعالیت دارای راهنمای عمل مداخلات تخصصی می باشد لذا جهت حصول اطمینان از چگونگی و نحوه ارائه خدمات حقوقی می بایست فرد ارزیابی کننده ضمن مطالعه دقیق صفحات ۱۲۴ الی ۱۲۷ راهنمای عمل مداخلات تخصصی و لحاظ نمودن شرایط مندرج در آن ، به بررسی پرونده های خدمت گیرندگان پرداخته ، سپس فرم نظارتی را تکمیل نماید .

❖ بررسی عملکرد مرکز :

- فرد ارزیابی کننده می بایست از طریق مطالعه دفتر مراقبین ، مطالعه پرونده ها درجهت تصمیم گیری تیمی ، تصمیم های تیم تخصصی در کمیته های برگزار شده و به میزان همکاری اعضای تیم تخصصی دست یابد.
- فرد ارزیابی کننده می بایست بر اساس مشاهدات و مصاحبه با خدمت گیرندگان نسبت به غنی بودن اوقات فراغت ایشان اطمینان حاصل کند.
- فرد ارزیابی کننده می بایست با طرح سوالاتی از مفاد مندرج در دستورالعمل های اجرایی مرتبط نسبت به میزان آشنایی کارشناسان با این مفاد اطمینان حاصل کند.

