



Professional Challenges of Medical Social Work in the Safe Discharge of Patients (A Qualitative Study)

Ahmed Kalateh Sadati^{1*}, Seyed Reza Javadian², Marzieh Sadeghi Hardangi³

1. Associate Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Yazd University Yazd, Iran.
2. Associate Professor, Department of Social work and social policy, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd Iran.
3. Master of Social Work, Department of Social work and social policy, Faculty of Social Sciences, Yazd University Yazd Iran.

Received Date:

2023.10.10

Accepted Date:

2024.01.19

*Corresponding

Author Email:

asadati@yazd.ac.ir

Abstract

Background and Purpose: Discharge planning, as a process for the safe transfer of patients, has always been challenged by the interventions of medical social workers. Identifying these challenges prevents disruptions in effective planning. This research aims to explore the challenges faced by medical social workers in discharge planning.

Materials and Methods: This is a qualitative study conducted in Iran in 2023. Data were collected through semi-structured face-to-face and telephone interviews with 16 social workers working in hospitals and were manually analyzed using thematic analysis.

Results: The findings of this study revealed that hospital social workers encounter structural and professional challenges during discharge planning. As a result, themes such as professional isolation, erosive environment, back-breaking costs, inefficient structures, and professional pressures were identified, with the main theme being unattended discharge.

Conclusion: The results indicate that social workers in hospitals are faced with poor cooperation and participation, a lack of facilities and equipment, and socio-economic barriers at the community level. They encounter professional challenges in adhering to professional principles and values and in maintaining the quality of social work services in discharge planning. Given the importance of post-discharge interventions, organizational, structural, and professional reforms at both the micro and macro levels are recommended.

Keywords: Discharge Planning, Social Work Interventions, Safe Discharge Challenges, Unattended Discharge.



Copyright©2024 Scientific Association of Hospital Affairs, and Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

چالش‌های حرفه‌ای مددکاری اجتماعی پزشکی در ترخیص ایمن بیماران؛ (یک مطالعه کیفی)

احمد کلاته ساداتی^{۱*}، سید رضا جوادیان^۲، مرضیه صادقی هاردنگی^۳

۱. دانشیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

۲. دانشیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

۳. کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

چکیده:

زمینه و هدف: برنامه‌ریزی ترخیص به عنوان فرایندی جهت انتقال امن بیمار، با مداخلات مددکاران اجتماعی پزشکی همواره با چالش مواجه بوده است. شناسایی این چالش‌ها از اختلال در برنامه‌ریزی مؤثر جلوگیری می‌کند. هدف این پژوهش بررسی چالش‌های مددکاران اجتماعی پزشکی در برنامه‌ریزی ترخیص است.

مواد و روش‌ها: این مقاله بک مطالعه کیفی است که در سال ۱۴۰۲ در سطح کشور ایران انجام گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته به صورت حضوری و تلفنی، با ۱۶ نفر از مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان، جمع‌آوری و با روش تحلیل مضمون، به صورت دستی تحلیل گردید.

نتایج: یافته‌های این پژوهش نشان داد که مددکاران اجتماعی بیمارستان در طی برنامه‌ریزی ترخیص با چالش‌های ساختاری و حرفه‌ای مواجه هستند. در نتیجه انجام این پژوهش، مضامینی با عناوین انزوای حرفه‌ای، محیط فرساینده، هزینه‌های کمرشکن، ساختارهای ناکارآمد و فشارهای حرفه‌ای و مضمون اصلی ترخیص مراقبت نشده، استخراج گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این پژوهش حاکی از آن است که مددکاران اجتماعی در بیمارستان با همکاری و مشارکت ضعیف، کمبود امکانات و تجهیزات و در سطح جامعه با موانع اقتصادی-اجتماعی روبه‌رو می‌باشند. آنان با چالش‌های حرفه‌ای در جهت رعایت اصول و ارزش‌های حرفه‌ای و حفظ کیفیت خدمات مددکاری اجتماعی در برنامه‌ریزی ترخیص مواجه هستند. با توجه به اهمیت مداخلات پس از ترخیص انجام اصلاحات سازمانی، ساختاری جامعه و اصلاحات حرفه‌ای در سطح خرد و کلان توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: برنامه‌ریزی ترخیص، مداخلات مددکاری اجتماعی، چالش‌های ترخیص ایمن، ترخیص مراقبت نشده.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۹

* نویسنده مسئول مقاله:
asadati@yazd.ac.ir

مقدمه

فعالیت‌های مددکاری اجتماعی پزشکی، فرایند ترخیص بیماران از بیمارستان است.

با وجود اهمیت و جایگاه پرستاران و مددکاران اجتماعی در برنامه‌ریزی ترخیص، چالش‌های زیادی پیش روی آن‌ها وجود دارد. مطالعاتی که در موضوع چالش‌های ترخیص از بیمارستان انجام شده عمدتاً مربوط به پرستاران است. به طور مثال پژوهشی که غفاری و محمدی (۱۳۸۵) انجام دادند، موانع عدم اجرای برنامه‌ریزی ترخیص را شامل: نامناسب بودن محیط کاری، عدم آشنایی پرستاران بیمار و خانواده وی در مورد برنامه‌ریزی ترخیص، عدم برگزاری کلاس‌های ضمن خدمت، عدم اطلاعات کافی، علل ساختاری، تعداد پرستاران کم، نیروی ناکافی و عدم وجود نظارت بر عملکرد کارکنان، معرفی نکردن (۱۰). علاوه بر نتایج حاصل از این پژوهش در مواردی دیگر، چالش‌های برنامه‌ریزی ترخیص به شش حوزه‌ی رهبری، اطلاعات، ارائه خدمات، نیروی کار، تجهیزات پزشکی و تأمین مالی تقسیم شده‌اند (۱۱). با این حال، عدم آمادگی پرستاران برای ارائه خدماتی ترخیص در شرایط بحرانی (۱۲)، افسردگی بیمار و ناتوانی اقتصادی در پرداخت هزینه‌های حمل و نقل (۱۳) در کنار امکانات ناکافی در محل سکونت بیمار، فقدان مراقب رسمی در جامعه، تغییرات در همکاری‌های بین رشته‌ای در رابطه با مراقبت‌های بهداشتی - اجتماعی و عوامل ساختاری در بیمارستان (۱۴)، فرایند برنامه‌ریزی ترخیص را با محدودیت مواجه می‌سازند.

از سوی دیگر، تنش‌های ذاتی در ارزیابی نیازهای چند رشته‌ای (۱۵) و ماهیت در حال تغییر نقش مددکار اجتماعی در یک سیستم مراقبت بهداشتی که به سرعت در حال تکامل است، از موانع برجسته ترخیص می‌باشند (۱۶). مطالعات نشان داده است که عدم وجود برنامه‌ریزی استاندارد برای ترخیص بیمارستانی، فقدان ارتباط و هماهنگی بین ارائه‌دهندگان

برنامه‌ریزی ترخیص، با هدف ترخیص امن، به هنگام ترخیص به منظور کمترین میزان آسیب برای انتقال به منزل یا دیگر مراکز درمانی طراحی و اجرا می‌گردد. به سبب مزایای فراوان برای بیمارستان و بیماران در سال‌های اخیر مورد توجه بوده است. این فرایند با آموزش کافی و هماهنگی تیم درمان علاوه بر کاهش هزینه‌های درمان، احتمال بستری مجدد را نیز کم می‌کند (۱). برنامه‌ریزی ترخیص^۱ فرایندی قاعده‌مند است که به منظور تداوم مراقبت پس از ترخیص بیماران از بیمارستان، تدوین و اجرا می‌گردد (۲). در طی برنامه‌ریزی ترخیص به بررسی همه جانبه بیماران و تأمین نیازهای مراقبتی آنان در داخل و خارج از مراکز درمانی پرداخته و آموزش‌های لازم به خانواده جهت انجام مراقبت‌های صحیح داده می‌شود. ساختار این برنامه بر اساس اصول مراقبت، حمایت، پیشگیری، آموزش و هماهنگی بین اعضای تیم مراقبت جهت ارجاع به موقع و پیگیری بیماران می‌باشد (۳). اگرچه گروه‌های مختلف در برنامه‌ریزی ترخیص نقش دارند، تفکیک وظایف و مسئولیت‌ها بین برنامه‌ریزان ترخیص دشوار به نظر می‌رسد که در این میان، حضور فعال دو گروه پرستاران و مددکاران اجتماعی پزشکی، اهمیت بسزایی دارد (۴، ۵).

مددکاری اجتماعی پزشکی^۲، یکی از رشته‌های فرعی مددکاری اجتماعی می‌باشد؛ که از آن با عنوان مددکاری اجتماعی بیمارستانی و مددکاری اجتماعی بهداشت و درمان یاد می‌شود (۶). در مددکاری اجتماعی پزشکی نیز گستره برنامه‌ریزی ترخیص از فرآیند ساده "حرکت یا انتقال فرد" (۷) تا خدمات دقیق‌تر و تخصصی، مانند مشاوره جهت تصمیم‌گیری، تعریف می‌شود (۸، ۹). یکی از

^۱ ge planningdischar

^۲ Medical social work

مداخلات خود مواجه هستند که در کشور ایران به این موضوع پرداخته نشده است. با توجه به اهمیت برنامه‌ریزی ترخیص و نقش مددکاران اجتماعی بیمارستان در این زمینه، هدف پژوهش حاضر، بررسی چالش‌های مددکاران اجتماعی در برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان‌های عمومی ایران است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی در سال ۱۴۰۲ و در سطح کشور ایران انجام گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته به صورت حضوری و تلفنی به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه صورت گرفت. روش نمونه‌گیری هدفمند، در دسترس و از نوع گلوله برفی می‌باشد. مصاحبه با ۱۶ تن از مددکاران اجتماعی (جدول ۱) شاغل در بیمارستان‌های ۱۰ استان کشور انجام شد و با همین تعداد به اشباع نظری دست یافتیم. قبل از آغاز مصاحبه آنچه می‌بایست در خصوص موضوع پژوهش، اهداف مطالعه و نقش محقق و اهمیت اطلاعاتی که کسب می‌شد، به مشارکت‌کنندگان ارائه گردید. ملاک ورود در این پژوهش داشتن حداقل ۳ ماه سابقه کار، فعالیت در زمینه برنامه‌ریزی ترخیص و رضایت مددکار اجتماعی بوده است. ملاک خروج نیز عدم تمایل فرد برای مشارکت بود. شیوه‌نامه مصاحبه بر اساس سه سؤال ذیل انجام می‌گرفت:

- چالش‌های شما در حوزه اقتصادی، سازمانی، اجتماعی و یا حتی در گروه ترخیص به هنگام انجام مداخلات تخصصی در فرایند ترخیص چه بوده است؟
- بیشترین مشکلات شما به هنگام ارائه خدمات پس از ترخیص و انتقال بیمار چه بوده است؟
- مهم‌ترین چالش‌های شما برای شروع و پایان مداخلات در برنامه‌ریزی ترخیص چه بوده است؟

خدمات بهداشتی و بیماران مختلف در موارد مراقبت حاد به عنوان مسائلی سیستماتیک شناسایی شده‌اند (۱۷). پینلی^۱ و همکاران (۲۰۱۷)، در پژوهش خود نشان دادند که در ارتباط با همکاری‌های حرفه‌ای در طول فرآیند برنامه‌ریزی ترخیص موانعی وجود دارد؛ مانند عدم شناخت بیماران از داروها و چالش‌های کارکنان، عدم درک نقش ارائه‌دهندگان خدمات، عدم وجود اطلاعات کافی و یا نادرست و همکاری ضعیف میان ارائه‌دهندگان، بیماران و خانواده‌هایشان (۱۸).

یکی دیگر از بارزترین موانعی که ظرفیت مددکاران اجتماعی برای ارائه نقش‌های حمایت‌کننده و مشاوره‌ای را محدود می‌کند، وجود مشکلات اقتصادی در سطح جامعه است (۱۹). از طرفی کمبود نیروهای متخصص و نیازهای حمایتی متغیر هم چالش‌هایی را در دسترسی به پشتیبانی و انتقال امن افراد دارای معلولیت نیز ایجاد می‌کنند (۲۰). یکی از نظریات پرکاربرد در مددکاری اجتماعی که افراد را در تعامل با محیط و سازمان‌ها در نظر می‌گیرد و در فرایند برنامه‌ریزی ترخیص نیز بسیار پرکاربرد می‌باشد، نظریه سیستم‌ها است. نظریه سیستم‌ها بر این باور استوار است که افراد به صورت مجزا عمل نمی‌کنند، بلکه در تعامل با محیط فیزیکی و اجتماعی خود رشد و توسعه می‌یابند. مطابق با این نظریه بخش‌هایی از یک سیستم به هم متصل می‌شوند و برای ایجاد یک کل کامل با هم تعامل دارند (۲۱).

با توجه به مطالعات انجام شده، برنامه‌ریزی ترخیص مزایا و فواید بسیاری دارد. نقش مددکاران اجتماعی در فرایند ترخیص، کمک زیادی به ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی و نیز رضایت بیماران و خانواده‌ها می‌کند. با وجود این، مددکاران اجتماعی با چالش‌های متعددی برای انجام

¹ Pinelli

جدول ۱. مشخصات مشارکت کنندگان

ردیف	سن	جنسیت	میزان سابقه شغلی	نوع بیمارستان	نام استان
۱	۳۰	زن	۴ ماه	عمومی	مرکزی
۲	۲۲	زن	۱ سال	عمومی	اصفهان
۳	۲۵	مرد	۳ ماه	عمومی	خراسان رضوی
۴	۴۲	زن	۱۸ سال	عمومی	تهران
۵	۴۸	زن	۴ سال	عمومی	تهران
۶	۲۶	مرد	۲ سال	عمومی	آذربایجان غربی
۷	۲۷	زن	۲ سال	روان پزشکی	خراسان رضوی
۸	۴۶	زن	۱۸ سال	عمومی	زنجان
۹	۲۶	زن	۵ سال	عمومی	تهران
۱۰	۳۲	زن	۸ سال	عمومی	فارس
۱۱	۳۷	زن	۵ سال	عمومی	قزوین
۱۲	۲۲	زن	۱۰ ماه	عمومی	یزد
۱۳	۲۴	زن	۲ سال	عمومی	یزد
۱۴	۳۰	مرد	۲ سال	عمومی	اصفهان
۱۵	۲۸	زن	۴ سال	عمومی	اصفهان
۱۶	۲۸	زن	۱ سال و ۱۰ ماه	روان پزشکی	کردستان

تحلیل و گزارش داده‌ها و کسب رضایت مشارکت کنندگان در تحقیق، همواره مد نظر نویسندگان بوده است.

نتایج

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که مددکاران اجتماعی در طی انجام مداخلات حرفه‌ای‌شان با چالش‌ها و موانعی روبرو می‌شوند. مسائلی که منجر به محدودیت در ترخیص به هنگام و امن بیماران از بیمارستان می‌شود که به نوعی رهاشدگی ترخیص ایمن یا همان ترخیص مراقبت نشده است.

برای تحلیل در این تحقیق، از روش تحلیل مضمون شش مرحله‌ای شامل آشنایی، کدگذاری، تولید مضامین، بررسی مضامین، تعریف و نام گذاری مضامین و نوشتن که به عنوان روش تحلیل براون و کلارک (۲۰۱۶)^۱ شناخته شده است، استفاده شد (۲۲). حاصل آن، استخراج پنج تم اصلی مانند انزوای حرفه‌ای، محیط فرساینده، هزینه‌های کمرشکن، ساختارهای ناکارآمد و فشارهای حرفه‌ای و مضمون نهایی ترخیص مراقبت نشده بود (جدول ۲). لازم به ذکر است که در این پژوهش رعایت گمنامی مشارکت کنندگان، صداقت در

^۱ Braun , Clarke

جدول ۲. مفاهیم، تم‌ها و مضمون احصاء شده مرتبط با چالش‌های مددکاران در ترخیص ایمن

مضمون نهایی	مضامین اصلی	مضامین فرعی	مفاهیم	
ترخیص مراقبت نشده	مشارکت ضعیف کادر درمان	مشارکت ضعیف کادر درمان	همکاری ضعیف پرسنل، همکاری ضعیف روان‌پزشک، همکاری ضعیف رئیس بیمارستان، تیمی کار نکردن، بی‌توجهی روانشناس بیمارستان، بی‌توجهی به وضعیت روانی بیمار، عدم اطلاع به بیمار در خصوص روند ترخیص، اختصاص زمان ناکافی، بررسی تک بعدی بیماران برای ترخیص	
			بی‌اطلاعی پزشکان از وظایف مددکار اجتماعی پزشکی، عدم باورپذیری، دشواری اقناع‌سازی، ناآشنایی پزشکان و پرستاران با حرفه مددکاری اجتماعی	
	انزوای حرفه‌ای	عدم آگاهی کادر درمان نسبت به وظایف مددکار اجتماعی پزشکی	مشارکت ضعیف بیماران در فرایند ترخیص	مقاومت بیمار، عدم پاسخ تلفنی و دادن آدرس اشتباه، مشکل بیمار با خانواده، ناتوانی بیمار، عدم اطلاع بیمار
				همکاری ضعیف خانواده بیمار، بی‌توجهی به حقوق سایر بیماران، حمایت ضعیف خانواده از بیماران اعصاب و روان، بی‌توجهی به دستورات پزشک بعد از ترخیص، ازدحام جمعیت اتباع، عدم توجه به حقوق اتباع، دشواری ارتباط با بیماران اتباع، نداشتن مدارک هویتی، عدم مسئولیت‌پذیری اتباع
	محیط فرساینده	کمبود امکانات و تجهیزات اجرای ناقص شیوه‌نامه‌های سازمانی	کمبود امکانات و تجهیزات	نداشتن امکانات کافی درمانگاه‌ها، دشواری در تهیه تجهیزات مراقبتی پس از ترخیص، فراهم نبودن امکانات اولیه
				تعداد کم مددکاران اجتماعی، حجم زیاد بیماران بیمارستان، کمبود زمان، کند پیش رفتن روند ترخیص، نگاه غیرحرفه‌ای به مددکاری اجتماعی، عدم آشنایی با پروتکل‌های مددکاری اجتماعی
	هزینه‌های کمرشکن	بالا بودن هزینه‌های درمان پوشش دهی ناقص بیمه	بالا بودن هزینه‌های درمان	داروهای گران‌قیمت، محدودیت در تخفیف، سنگین بودن هزینه‌های بستری، گران بودن هزینه خدمات پس از ترخیص
				ناتوانی مالی بیمار در پرداخت هزینه بیمه، پولی شدن بیمه‌های رایگان، پوشش دهی ناقص بیمه برای همه داروها، پوشش دهی بیمه از زمان واریز حق بیمه
	ساختارهای ناکارآمد	همکاری ضعیف سازمان‌های حمایتی تضعیف شبکه‌های حمایتی	همکاری ضعیف سازمان‌های حمایتی	همکاری ضعیف ارگان‌ها، همکاری ضعیف مراکز، مانع تراشی سازمان‌های حمایتی، فضای ناکافی مراکز برای نگهداری از بیماران
				کاهش افراد خیر، کاهش تمایل افراد برای یاری‌رسانی، کاهش افراد داوطلب برای ارائه خدمات، خصومت با بیماران اتباع
فشارهای حرفه‌ای	کثر کارکردی حرفه‌ای کاهش کیفیت خدمات مددکاری اجتماعی	کثر کارکردی حرفه‌ای	چالش در برقراری ارتباط حرفه‌ای، چالش در حفظ اسرار بیماران، چالش در خاتمه مصاحبه، تهدید ارزش احترام به مقام انسانی، چالش در مشارکت و تصمیم‌گیری بیمار در فرایند ترخیص	
			اشتغال مددکار اجتماعی به امور غیر تخصصی، نارضایتی بیماران، تضعیف کیفیت خدمات مددکاری اجتماعی، چالش در حفظ امنیت جسمی-روانی.	

انزوای حرفه‌ای

انزوای حرفه‌ای به عنوان یکی از مضامین اصلی بدین معناست که مددکاران اجتماعی در بیمارستان، از سوی پزشکان، پرستاران، مسئولین بیمارستان، بیماران و خانواده‌ها، به‌طور رسمی پذیرفته نشده‌اند و تمام نقش حرفه‌ای آن‌ها به تخفیف مخارج بیمار تقلیل یافته است. مشارکت کنندگان به دلایل مختلفی در انجام اقدامات و مداخلات خود به ویژه در برنامه‌ریزی ترخیص با همکاری و مشارکت ضعیف کادر درمان و همچنین محدودیت‌هایی از جانب بیماران و خانواده‌هایشان مواجه شده‌اند. تم‌های فرعی عبارت‌اند از: مشارکت ضعیف کادر درمان، آگاهی محدود کادر درمان، مشارکت ضعیف بیماران در فرایند ترخیص، همکاری ضعیف خانواده بیمار در فرایند ترخیص و چالش بیماران اتباع. با همکاری ضعیف در انجام وظایف و مسئولیت‌های مددکاران اجتماعی و کادر درمان مثل روان‌پزشک، رئیس بیمارستان در حمایت و پشتیبانی از مددکاران اجتماعی، کم‌توجهی روانشناسان به مسائل روانی بیمار و خدماتی که مددکاران اجتماعی می‌توانند در این زمینه ارائه دهند، به همراه ضعف کار تیمی به خصوص در روند ترخیص، تحقق اهداف اصلی مددکاران اجتماعی را با چالش مواجه می‌سازد.

مشارکت‌کننده شماره ۱۳:

"در بیمارستان ما همکاری خیلی کم است ما بارها به مسئولان بخش گفتیم، اسامی بیمارانی که باید هر روز مرخص شوند، ساعت ۹ صبح مشخص شود یا اسم آن‌ها داخل سیستم علامت زده شود و یا اینکه به صورت دست نویس تحویل دهند."

به علت آشنایی کم پزشکان و پرستاران در خصوص وظایف خدمات مددکاران اجتماعی، شاهد عدم باورپذیری، دشواری اقناع‌سازی مسئولین برای دریافت حمایت‌های لازم در برنامه‌ریزی ترخیص هستیم. یکی از مهم‌ترین موضوعات

این تصور همکاران است که همه بیماران را مشمول خدمات مددکارانه قلمداد می‌کنند.

مشارکت‌کننده شماره ۲:

"تمامی بیماران مخصوصاً بیمارانی که بیمه تکمیلی دارند مشمول کمک مددکاری و ارجاع به واحد مددکاری نیستند. سایر مسئولین باید در این خصوص آگاهی داشته باشند."

از سوی دیگر، این متخصصان با همکاری نکردن بیماران و خانواده‌ها مواجه هستند. عدم مشارکت یا حتی مشارکت ضعیف بیماران پیشبرد امور ترخیص را مختل می‌کند. مددکاران اجتماعی در برنامه‌ریزی ترخیص با مقاومت بیمار، عدم پاسخ به تماس‌های تلفنی و دادن آدرس اشتباه، مشکلات بیمار با خانواده، ناتوانی بیمار برای مشارکت در فرایند ترخیص و عدم اطلاع بیمار در مورد این فرایند روبرو هستند.

مشارکت‌کننده شماره ۸:

"عدم پاسخ به تماس تلفنی، تغییر یا ارائه آدرس اشتباه هم جزء چالش‌های ما است."

مشارکت‌کننده شماره ۱۶:

"بیماری که در بیمارستان روان‌پزشکی بستری است، ناخودآگاه آن‌طور که بیک کودک با مشکل شکستی دست توسط خانواده حمایت می‌شود، حمایتی دریافت نمی‌کند."

در موضوع عدم همکاری با مددکار، یک بخش از آن مربوط به اتباع است. مددکاران اجتماعی با مشکلاتی چون ضعف در برقراری ارتباط با این بیماران، تفاوت‌های فرهنگی زبانی، نداشتن مدارک هویتی و عدم مسئولیت‌پذیری آن‌ها برای مشارکت در روند ترخیص و پرداخت هزینه‌ها مواجه‌اند.

مشارکت‌کننده شماره ۱۱:

"اتباع برای زایمان به بیمارستان مراجعه می‌کنند به طوری که تقریباً هزینه زایمان و درمان ۱۰ میلیون می‌شود ولی آنان توانایی پرداخت ندارند و خیلی راحت فرزندشان را با خود نمی‌برند."

محیط فرساینده

محیط بیمارستانی، شرایط لازم برای انجام حرفه‌ای کار مددکاری اجتماعی را ندارد و این مسئله باعث افزایش فرسودگی مددکاران اجتماعی می‌شود. محیط فرساینده مرتبط با دو تم فرعی کمبود امکانات و تجهیزات و اجرای ناقص شیوه‌نامه‌های سازمانی است.

کمبود امکانات و تجهیزات مراقبتی به ویژه برای ارائه خدمات پس از ترخیص در درمانگاه‌ها منجر به بازگشت مجدد بیمار به بیمارستان می‌شود. این در حالی است که با فراهم بودن برخی امکانات بیماران می‌توانند مراقبت‌های مورد نیاز را دریافت کنند و به صرف هزینه‌های گزاف درمانی، اتلاف وقت کادر درمان و پرسنل و حتی در موارد بسیار حاد مرگ بیمار نینجامد؛ بنابراین کمبود امکانات و حتی در مواردی فراهم نبودن امکانات اولیه برای اجرای مداخلات در برنامه‌ریزی ترخیص، یکی از موانع جدی است.

مشارکت‌کننده شماره ۱۴:

"تعدادی از بیماران هستند که با بهبودی نسبی ترخیص می‌شوند ولی دوباره وقتی که حالشان وخیم می‌شود، به سبب اینکه درمانگاه‌ها امکانات کافی یا پزشک متخصص ندارند به بیمارستان باز می‌گردند. حتی گاهی وضعیتشان بدتر از گذشته می‌شود."

تم فرعی دیگر در محیط فرساینده، اجرای ناقص شیوه‌نامه‌های سازمانی است. اجرای ناقص شیوه‌نامه‌ها و عدم توجه به نکات توصیه شده در آن‌ها اعم از پذیرش حجم بالایی از بیماران بدون توجه به منابع و امکانات سازمان، کمبود زمان برای انجام مداخلات تخصصی، کند پیش رفتن روند ترخیص به سبب عدم همکاری و مانع تراشی، داشتن نگاه‌های غیرحرفه‌ای به متخصصان این رشته در بیمارستان و

عدم آشنایی با پروتکل‌های مددکاری اجتماعی منجر به محدودیت در اجرای برنامه ترخیص می‌شود.

مشارکت‌کننده شماره ۱۰:

"گاهی ترخیص بیمار تا ۲۰ روز به سبب حکم قضایی یا مشاور حقوقی بیمارستان به تأخیر می‌افتد. چنین عواملی باعث کند شدن ترخیص بیمار می‌شود."

هزینه‌های کمرشکن

از آنجایی که در منظر همکاران و بیماران، مهم‌ترین نقش مددکاری اجتماعی، رسیدگی به مشکلات اقتصادی درمان است، هزینه‌های کمرشکن یکی از موانع کار حرفه‌ای مددکاران اجتماعی می‌باشد. این چالش‌ها در واقع همان نابرابری‌های اقتصادی حاکم بر جامعه است که بیماران را بیشتر از سایر افراد درگیر خود می‌کند. بالا بودن هزینه‌های درمان با وجود درآمد ناکافی و پوشش دهی ناقص بیمه در خصوص همه داروها و خدمات درمانی به ویژه داروهای گران‌قیمت و کمیاب از جمله مسائلی است که منجر به افزایش بیماران نیازمند در بیمارستان‌ها شده، در حالی که خدمات موجود نمی‌توانند پاسخگوی تمامی این بیماران باشند؛ بنابراین محدودیت‌های اقتصادی موجود نیز منجر به محصور شدن خدمات ترخیص مددکاری اجتماعی می‌شود. هزینه‌های کمرشکن مرتبط با دو تم؛ بالا بودن هزینه و پوشش دهی ناقص بیمه است. با افزایش هزینه‌های مرتبط با درمان از جمله افزایش قیمت داروها، افزایش قیمت وسایل کمک توان بخشی، بالا رفتن هزینه‌های بیمارستان به ویژه برای بیمارانی که می‌بایست برای مدت طولانی در بیمارستان بستری باشند و محدودیت‌هایی که مددکاران اجتماعی در ارائه تخفیف و حمایت مالی از بیماران برای پرداخت صورت حساب دارند، زمینه‌ساز چالش‌هایی برای بیماران و مددکاران اجتماعی در ترخیص شده است.

مشارکت کننده شماره ۹:

"بیمارانی که مدت طولانی بستری هستند متحمل پرداخت هزینه‌های درمانی زیادی می‌شوند."

از سوی دیگر، بیمه‌های موجود تمامی خدمات درمانی و دارویی را پوشش نمی‌دهند و با کاهش تعداد بیمه‌هایی که در گذشته رایگان بودند بسیاری از بیماران به سبب مشکلات مالی توانایی پرداخت حق بیمه را ندارند. یکی دیگر از مشکلات به وجود آمده مربوط به زمان شروع بیمه می‌باشد. بنا بر گفته مددکاران اجتماعی در گذشته پوشش دهی بیمه از زمان واریز حق بیمه نبوده و از زمان بستری شدن بیمار نیز به وی برای پرداخت هزینه‌ها کمک می‌شد.

مشارکت کننده شماره ۸:

"بیمه پول همه‌ی داروها را پرداخت نمی‌کند خیلی از دارو به صورت آزاد خریداری می‌شوند."

ساختارهای ناکارآمد

ساختارهای ناکارآمد به معنای نبود همکاری بین بخشی و یا سیاست‌گذاری‌های مناسب حمایتی در جهت ترخیص بیماران می‌باشد. همکاری ضعیف این سازمان‌های حمایتی و تضعیف شبکه‌های حمایتی در سطح جامعه برای بیماران در حال ترخیص منجر به اختلال در دریافت خدمات حمایتی می‌گردد. این تم اصلی مرتبط با دو تم فرعی همکاری ضعیف سازمان‌های حمایتی و تضعیف شبکه‌های حمایتی است.

برنامه‌ریزی ترخیص و اجرای موفقیت‌آمیز مداخلات مددکاری اجتماعی بیمارستان حین و پس از ترخیص مستلزم حمایت و همکاری ارگان‌های مرتبط و سازمان‌های حمایتی است. در حالی که همکاری ضعیف سبب نقص در مداخلات طراحی شده به هنگام کمک به بیماران پس از ترخیص می‌شود و اینگونه مددکاری اجتماعی را با چالش مواجه می‌سازد.

مشارکت کننده شماره ۳:

"عدم همکاری برخی ارگان‌ها اقدامات ما را تحت تاثیر قرار می‌دهد."

از سوی دیگر، با بالا رفتن هزینه‌های درمان و افزایش تعداد بیماران دارای مشکلات مالی، تعداد خیرینی که بتوانند به تمامی این بیماران کمک کنند، کاهش یافته است. افرادی که دارای روحیه یاری‌رسانی بوده‌اند درگیر مشکلات متعدد در زندگی خود هستند و بعضاً شرایط مساعدی جهت کمک به بیماران ندارند. تعداد افراد داوطلب نیز به سبب حمایت ناکافی برخی از سازمان‌ها از داوطلبان و همچنین بی‌انگیزگی به دلایل مختلف کاهش یافته است و باورهای نادرست در خصوص اتباع سبب شده که این گروه از بیماران مورد خصومت واقع شوند.

مشارکت کننده شماره ۱۳:

"نسبت به قبل تعداد افراد خیری که به بیماران برای پرداخت هزینه‌های درمان کمک می‌کردند کمتر شده است."

فشارهای حرفه‌ای

با وجود مشکلاتی که مددکاران اجتماعی پزشکی با بیماران، خانواده‌هایشان و حتی کادر درمان دارند، رعایت اصول و ارزش‌های حرفه‌ای با چالش مواجه شده است، در نتیجه آنان را در پایبندی و مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای در قبال رشته خود ناکام می‌گذارد. این تم مشتمل با دو تم فرعی کژ کارکردی حرفه‌ای و کاهش کیفیت خدمات است.

برقراری رابطه حرفه‌ای یکی از اصول مددکاری اجتماعی است. در صورتی که به هر دلیلی بیمار مانع از شکل‌گیری این ارتباط اعم از مقاومت، فرار، عدم هوشیاری و مواردی از این قبیل شود، رعایت این اصل با چالش روبه‌رو است. اصل رازداری حرفه‌ای یکی دیگر از اصول مددکاری اجتماعی است. مددکار اجتماعی زمینه را برای بیمار فراهم می‌کند تا

همراه ندارد و مددکار شخصی است که همراه با راننده باید از فضای بیمارستان خارج شده و با بیمار به محل سکونت وی برود. در واقع بحث امنیت مددکاران مطرح است و کارهایی که خارج از سازمان و بیمارستان باید انجام شوند در حالی که یک پرستار چنین اقداماتی انجام نمی‌دهد. ولی مددکار با انجام چنین اقداماتی با چالش‌هایی نیز مواجه می‌شود [که فرساینده است]."

بحث

مراقبت پس از ترخیص در بیمارستان، یک راهبرد برد-برد برای نظام ارائه خدمات سلامت و بیمارستان از یک سو و بیمار و خانواده‌اش از سوی دیگر است. ترخیص از بیمارستان نقطه پایان نیست، بلکه نوعی انتقال در روند مراقبت از بیمار است (۲۳، ۲۴). سازمان‌دهی و ارائه این مراقبت‌های انتقالی معمولاً توسط چندین متخصص مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی صورت می‌گیرد که باید فعالیت‌های تخصصی خود را برای مراقبت‌های یکپارچه و ایمن هماهنگ کنند. ترخیص ایمن یکی از مهم‌ترین نیازهای بیماران و ضرورت‌های بیمارستانی است، با این وجود تعریفی واضح و جامع برای آن وجود ندارد اما ناظر به مقالات و اظهارات مددکاران اجتماعی بیمارستان، معیارهایی چون: وجود مراقبت کافی در منزل، حضور مراقب توانمند و قابل اعتماد، وجود یک محل امن و مناسب برای نگهداری و سکونت بیمار (۲۵)، نبود علائم شدید جسمی و کاهش عوارض ناشی از بیماری (۲۶)، یکپارچگی خدمات مراقبتی، ترخیص به هنگام، دسترسی به منابع تخصصی و حمایتی جامعه، وجود برنامه‌ریزی مشترک و ارتباط مؤثر میان ارائه‌دهندگان خدمات و بیماران برای ترخیص ایمن بیماران مدنظر قرار می‌گیرند (۱). ترخیص ایمن بیمار در حقیقت هدف نهایی برنامه ترخیص می‌باشد که

مشکلات و اسرار زندگی‌اش را بازگو کند. در صورت نبودن یک محل امن، رعایت این اصل دشوار می‌گردد. از طرفی مددکار اجتماعی در انجام مصاحبه اصولی نیز ناتوان می‌ماند. در فرایند برنامه‌ریزی ترخیص بیماران و خانواده‌هایشان می‌بایست مشارکت فعال داشته باشند. در صورتی که به هر دلیلی در غیاب آنان تصمیمی گرفته شود یا بر خلاف نیازهای آنان اقدامی صورت گیرد، اصل مشارکت در مددکاری اجتماعی پزشکی مورد بی‌توجهی واقع شده است. بنابر ارزش حرمت مقام انسان و همچنین اصل پذیرش، مددکار اجتماعی به دور از عقاید، تمایلات نژادی، قومی و هرگونه دیدگاه خاص و تعصبی به تمامی انسان‌ها در هر مقام و جایگاهی احترام می‌گذارد. با این وجود به سبب افزایش بیماران نیازمند به ویژه بیماران اتباع که مشکلات چندگانه‌ی خود را دارند، رعایت این ارزش و اصول اساسی را با چالش مواجه کرده است.

مشارکت‌کننده شماره ۱۱:

"ضرر و زیان‌های کنونی موجود در کشور ما به سبب حضور اتباع در کشورمان است. شاید از نظر انسانی و حرفه مددکاری اجتماعی آنان نیز انسان هستند و من نباید بین آنان و ایرانیان تبعیض قائل شوم اما متأسفانه من اینجا به سبب محدودیت‌ها تبعیض قائل می‌شوم."

از سوی دیگر، اشتغال مددکاران اجتماعی بیمارستان به امور غیرحرفه‌ای، نبود امکانات کافی، چالش در حفظ امنیت روانی-جسمی و نارضایتی بیماران نسبت به خدمات ناکافی، علی‌رغم تلاش این متخصصان باعث تضعیف کیفیت خدمات مددکاری اجتماعی بیمارستان در ترخیص شده است.

مشارکت‌کننده شماره ۱۶:

"در برخی موارد مددکار از بیمارستان خارج می‌شود و برای کمک به بیمار به دادگاه مراجعه می‌کند. گاهی بیمار

(۱۴)^۱ نیز به این موانع دست یافته بودند. با وجود مسائل و مشکلاتی که مددکاران اجتماعی با آن‌ها مواجه هستند مسئولیت پذیری در قبال حرفه دشوار است در نتیجه شاهد کاهش سطح کیفیت خدمات مداخله‌ای و نارضایتی بیماران هستیم. نتایج حاصل از این مطالعه حاکی از آن بود که مهم‌ترین چالش‌ها در رعایت اصولی چون برقراری ارتباط حرفه‌ای، اصل رازداری حرفه‌ای، اصل مشارکت، ارزش حرمت مقام انسان، اصل پذیرش، اشتغال مددکاران اجتماعی به امور غیر تخصصی و چالش در حفظ امنیت جسمی-روانی می‌باشد. بنابر اظهارات این متخصصان آموزش ناکافی مددکاران اجتماعی و ناآگاهی نسبت به این رشته، در ایجاد این موانع بی‌تاثیر نبوده است. همین نتایج با یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی کین (۹) و محمدی و غفاری (۱۰) قابل تأیید است.

در حقیقت مددکاران اجتماعی مطابق با رویکردی سیستمی برای انجام اقدامات و مداخلات اثربخش در طی برنامه‌ریزی ترخیص با کادر درمان، بیماران و خانواده، محیط بیمارستان، سازمان‌های حمایتی و ارگان‌های زی ربط موجود در جامعه، در تعامل هستند. در واقع این رویکرد، نیازمند همکاری بین بخشی، تعاملی و وجود ساختارهای کارآمد در نظام سلامت است. ضعف در هر بخش منجر به شکل‌گیری ناموفق یک مراقبت ترخیص ایمن از بیمارستان می‌شود. ابتدا به ساکن، نظام سلامت نیازمند توجه بیشتر به موضوع مراقب ترخیص از بیمارستان است. در مرحله بعد ارائه بسته‌های کارآمد در این زمینه و در رأس آن پرستاران و مددکاران کافی و آموزش دیده در هنگام ترخیص بیماران است. مهارت و دانش کافی در این زمینه، می‌تواند شرایط یک مراقبت

تمامی اقدامات و مداخلات مددکاران اجتماعی برای تحقق این هدف طراحی و اجرا می‌گردد. ترخیص ایمن زمانی اتفاق می‌افتد که بیمار پیش از خروج از بیمارستان مجدد به طور کامل توسط تیم ترخیص و مددکار اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد تا از بهبودی کامل یا نسبی وی و همچنین رفع مشکلات روانی-اجتماعی او تا حدی اطمینان حاصل شود و در صورت شناسایی نیاز جدید برای تأمین این نیازها مددکار اجتماعی اقدامات لازم را انجام می‌دهد.

پژوهش حاضر یک مطالعه در کشور ایران است که به بررسی چالش‌های مددکاران اجتماعی در برنامه‌ریزی ترخیص پرداخت. نتایج نشان داد آنان با چالش‌هایی در انجام مداخلات خود در برنامه‌ریزی ترخیص مواجه هستند؛ مانند انزوای حرفه‌ای به علت همکاری و مشارکت ضعیف کادر درمان، همکاری و مشارکت ضعیف بیمار و خانواده و نیز کمبود امکانات، تجهیزات و کمبود نیروی متخصص با وجود حجم زیاد بیماران. این یافته‌ها مشابه با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های محمدی و غفاری (۱۰)، قلی‌زاده و همکاران (۱۱)، هنان (۱۹) و مطالعه‌ی پینلی و همکاران (۱۸)، است.

مشکلات اقتصادی اعم از بودجه ناکافی، بالا بودن هزینه‌های درمان، گران‌قیمت بودن خدمات پس از ترخیص و دشواری در دسترسی به آنان در کنار کمبود منابع موجود در جامعه، همکاری و مشارکت ضعیف سازمان‌های حمایتی، مانع تراشی‌ها و تضعیف شبکه‌های حمایتی با کاهش افراد داوطلب از مهم‌ترین مشکلات ساختاری در سطح جامعه است که فرایند ترخیص ایمن را دشوار می‌کند و منجر به تأخیر در ترخیص بیمار از بیمارستان می‌شود. محمدی و غفاری (۱۰)، هنان (۱۹) و دیویس و کانولی

¹ Davies , Connolly

کنار کادر درمان برای ترخیص ایمن بیماران در داخل بیمارستان و در سطح جامعه با آن مواجه هستند، توصیه می‌گردد برای تحقق ترخیص ایمن، ارتقاء سلامتی بیماران و پیشگیری از بستری مجدد، شرایط و امکانات لازم در مراکز بهداشتی-درمانی و به طور خاص در بیمارستان‌ها برای استخدام و به کارگیری بیشتر این متخصصان و اجرای مداخلاتشان فراهم شود و همچنین آموزش‌های لازم در خصوص فرایند ترخیص و اهمیت نقش مددکاران اجتماعی در این فرایند به کادر درمان و مددکاران اجتماعی کم تجربه، ارائه شود.

ملاحظات اخلاقی

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، این پژوهش با آگاهی مشارکت کنندگان و رعایت اصول اخلاقی از طریق استفاده از کدهای مشخص برای مشارکت کنندگان (به منظور حفظ گمنامی) صورت گرفت. این مقاله منتج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته‌ی مددکاری اجتماعی از دانشگاه یزد می‌باشد و دارای کد اخلاق (IR.YAZD.REC.1402.024.) است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران این مقاله از تمامی مددکاران اجتماعی فعال در بیمارستان که در انجام این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد و تعارض منافی وجود ندارد.

ترخیص موفق را رقم بزند. سیاست‌گذاری سلامت در ایران، نیازمند توجه بیشتر به موضوع و اهمیت و نقش پرستاران و مددکاران اجتماعی حرفه‌ای در فرایند مراقبت ترخیص از بیمارستان است.

نتیجه‌گیری

ترخیص مراقبت نشده مرتبط با موضوعاتی ساختاری در نظام سلامت از یک سو و موضوعات محیط‌کاری بیمارستان از سوی دیگر مرتبط است. ساختارهای ناکارآمد مددکار اجتماعی را تحت فشارهایی قرار می‌دهد که انتظارات وی برای انجام یک ترخیص ایمن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در محیط کاری نیز، نقش حرفه‌ای مددکار اجتماعی بیمارستان برای همکاران و همچنین برای بیماران و همراهان آن‌ها ناشناخته است. این امر باعث به حاشیه رفتن مددکار اجتماعی در فرایند ترخیص بیمار از بیمارستان می‌شود. همچنین باعث می‌شود که مددکار اجتماعی، کمتر در مداخلات ترخیص مشارکت داشته باشد و آن را به عنوان بخش مهمی از وظیفه خود تلقی نکند. برای حل موضوع اصلاحات ساختاری و کنشگری فعالانه مددکاری اجتماعی پیشنهاد می‌گردد. در کنشگری فعالانه، مددکار اجتماعی، باید بتواند نقش و جایگاه خود را در بیمارستان بهتر معرفی کند و آن را برای همکاران، بیمار و همراهان و مدیران بیمارستان نشان دهد و مداخلات خود در ترخیص ایمن را مطابق با پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های حرفه‌ای و بهداشتی ارائه شده طراحی و اجرا کنند. با این وجود آنان نمی‌توانند با همه محدودیت‌ها و موانع ساختاری و حرفه‌ای مقابله کنند. در واقع این متخصصان نیازمند حمایت بیشتری از جانب مسئولان و سازمان‌ها می‌باشند. با توجه به چالش‌های چندگانه‌ای که مددکاران اجتماعی در

References

1. Waring J, Marshall F, Bishop S, Sahota O, Walker MF, Currie G, Fisher RJ, Avery TJ. An ethnographic study of knowledge sharing across the boundaries between care processes, services, and organizations: the contributions to 'safe' hospital discharge. *Health Services and Delivery Research*. 2014 Sep 1;2(29).
2. Wyatt GK, Donze LF, Beckrow KC. Efficacy of an in-home nursing intervention following short-stay breast cancer surgery. *Res Nurs Health*. 2004;27(5):322-31 .
3. Babaei, Mahmoud, Sima Mohammad Khan Kermanshahi and Fatemeh Alhani. "Effect of discharge planning on anxiety levels of patients with myocardial infarction. " *Koomesh* 12. 3(2011). [In Persian] .
4. Berger CS, Robbins C, Lewis M, Mizrahi T, Fleit S. The impact of organizational change on social work staffing in a hospital setting: A national, longitudinal study of social work in hospitals. *Social work in health care*. 2003 Jun 19;37(1):1-8.
5. Holliman DC, Dziegielewsk SF, Datta P. Discharge planning and social work practice. *Social Work in Health Care*. 2001 Apr 16;32(3):1-9 .
6. Abri Sare, Zahedi Asl Mohammad. Medical social workers: current roles and responsibilities. *Qualitative research in health sciences [Internet]*. 2018;8(2):96-106. Available from: <https://sid.ir/paper/215435/fa> [In Persian] .
7. Carter D, Jinks J. The next step in medical social work. *Social Work Today*. 1972 Jan;2(19):4-10.
8. Kadushin G, Kulys R. Discharge planning revisited: What do social workers actually do in discharge planning? *Social Work*. 1993 Nov 1;38(6):713-26.
9. Kane RA. Case management: Ethical pitfalls on the road to high-quality managed care. *QRB-Quality Review Bulletin*. 1988 May 1;14(5):161-6.
10. Ghafari, E. Mohamadi. The Reasons for Lack of Discharge Planning Performance by Nurses. *IJN* 2007; 19(48):55-66 [In Persian] .
11. Gholizadeh M, Delgoshaei B, Gorji HA, Torani S, Janati A. Challenges in patient discharge planning in the health system of Iran a qualitative study. *Glob J Health Sci* 2015 26;8:474-6. doi: 10.5539/gjhs.v8n6p168. [In Persian] .
12. Abedini, Zahra, Ashraf Khormirad and Narges Eskandari. "Challenges of remote nursing in the follow-up of Covid-19 patients. " *Journal of Qom University of Medical Sciences* 15. 12(2022): 808-815. [In Persian] .
13. Cowles LA. *Social work in the health field: A care perspective*. Routledge; 2012 Oct 12.
14. Davies M, Connolly J. The social worker's role in the hospital: seen through the eyes of other healthcare professionals. *Health & Social Care in the Community*. 1995 Sep;3(5):301-10.
15. Rachman R. Community care: Changing the role of hospital social work. *Health & Social Care in the Community*. 1995 May;3(3):163-72.
16. Webb, S., and Levin, E. *Locality and Hospital Based Social Work*. In G. Bradley, and J. Manthorpe. , *Working on the Fault Line*, Birmingham: Venture Press(2000).
17. McAlynn M, McLaughlin J. Key factors impeding discharge planning in hospital social work: An exploratory study. *Social Work in Health Care*. 2008 Feb 28;46(3):1-27 .
18. Pinelli V, Stuckey HL, Gonzalo JD. Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions. *Journal of Interprofessional Care*. 2017 Sep 3;31(5):566-74.
19. Heenan D. Hospital social work and discharge planning for older people: challenges of working in a clinical setting. *Ageing & Society*. 2023 Jun;43(6):1333-50. .
20. Cubis, L., Ramme, R. A., Roseingrave, E., Minter, E., Winkler, D., & Douglas, J. Evaluating the discharge planning process: Barriers, challenges, and facilitators of timely and effective discharge for people with disability and complex needs. *Summer Foundation and La Trobe University*(2022) .

21. Teater B. An Introduction to Applying Social Work Theories and Methods 3e. McGraw-Hill Education (UK); 2019 Dec 2.
22. Braun, V., Clarke, V., & Weate, P. Using thematic analysis in sport and exercise research. In Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise(2016). P 213-227
23. Audit Commission. The way to go home: Rehabilitation and remedial services for older people (Press release 22 June). London: Audit Commission. Available at: www.audit-commission.gov.uk/ac2/NR.Health/prrehab.htm. 2000.
24. Ellins J, Glasby J, Tanner D, McIver S, Davidson D, Littlechild R, Snelling I, Miller R, Hall K, Spence K. Understanding and improving transitions of older people: a user and carer centered approach. Final report. NIHR Service Delivery and Organisation program. 2012 Sep.
25. Reliasmedia. available on: <https://www.reliasmedia.com/articles/137775-is-hospital-discharge-unsafe-ethical-response-is-needed>. , (2016)
26. Goodacre S. Safe discharge: an irrational, unhelpful, and unachievable concept. Emergency medicine journal. 2006 Oct 1;23(10):753-5.