Iran Occupational Health

Iran Occupational Health. 2024 (01 Feb);20: 28

Original Article

http://ioh.iums.ac.ir

Workload Measuring in Social Work Services: Iran's Governmental Hospitals

Bahram Mohaghegh, Associate professor of Healthcare Services Management, Department of Public Health, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Mohammad Sabzi, (*Corresponding author), Department of Social Work, Social Welfare Management Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. (m.khoshnam64@gmail.com).

Seyed Mohammad Hossein Javadi, (*Co- Corresponding Author) Department of Social Work, Faculty of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran / Head Of Social work department, Ministry of health and medical education. (javadismh4@gmail.com)

Sara Noruzi, Ph.D of Social Work, Lorestan university of medical sciences,khorramabad,iran. .

Soraya Sayar, PhD in Sociology, Islamic Azad University of North Tehran, Iran.

Ali Akbat Abedi, Master's degree in psychology, Management development and administrative transformation office, Ministry of health and medical education, Tehran, Iran.

Tahereh Azari Arghun, Master's degree in psychology, Vice President of Medicine, University of Iran, Tehran, Iran.

Abstract

Background and aims: One of the most important yet overlooked services in hospitals is Social Work Services (SWSs). These services have gained significant importance due to the rise in social harms, treatment costs, and the psychosocial and social needs of patients. The aim of this study was to measure the workload of SWSs in Iranian governmental hospitals.

Methods: This descriptive-explanatory study was conducted cross-sectionally using a quota sampling method in 58 government hospitals during 2019-2020. The samples were purposefully selected from 10 regions of the country's higher education spatial planning. Given the importance of measuring the volume of SWSs in all types of specialized and sub-specialized hospital beds, three general hospitals were selected from each region. Based on the frequency of single-specialty hospitals in the country, one to five cases of each were included. This resulted in a total of 32 general hospitals and 26 single-specialty hospitals, including pediatrics, psychiatry, gynecology and obstetrics, heart, eye, burn, dermatology, and oncology. The primary tool for data collection was a researcher-made form for registering SWSs to patients, which was completed by social workers over six non-consecutive working days. The average time of interventions and the additional activities of social workers were collected using two forms, which were finalized in an expert group. The data were analyzed using Excel software.

Results: The results showed that the norm of required Full-Time Equivalent (FTE) Social worker per hundred hospital beds ranged from 0.42 to 5.48. The highest values belonged to adult oncology (3.85) and psychiatry (4.51) beds, while the lowest values were for immunology (0.42), postpartum (0.70), and sub-specialty ophthalmology beds. Among outpatient beds, the highest and lowest norms were related to chemotherapy (9.35) and thalassemia (0.13) beds, respectively.

Conclusion: The volume of SWSs in hospitals varies according to the composition of patients. Therefore, using the norms of Social Workers per occupied beds could be a practical method for estimating the number of needed social workers in hospitals.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Keywords

Social Worker

Hospital

Workload

Received: 2022/12/22

Accepted : 2023/10/17

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

EXTENDED ABSTRACT

INTRODUCTION

The workforce is a crucial factor in enhancing productivity and improving organizational performance. It is considered quantitatively as the proportionality of its number with the volume of tasks and activities, and qualitatively as possessing the necessary knowledge and skills to perform job duties properly.

In analyzing the challenge of human resources in the field of health, hospitals are of significant importance as they have allocated more than 50% of health workers to themselves. One of the important yet overlooked services in hospitals is Social Work Services (SWSs), a fundamental profession in the country's healthcare system with over 60 years of history. Nowadays, due to the increase in social harms and more people seeking social workers in hospitals, the workload of social workers has significantly increased.

With the aim of organizing, planning, and providing support to patients in medical centers and improving the quality of services, the Ministry of Health has redefined the service provision program. It has developed specialized psychosocial interventions with a case management model, which was compiled and implemented in the form of a comprehensive protocol for specialized SWSs. Since early 2020, it has been notified to all affiliated universities/faculties of medical sciences and healthcare services. If the workforce does not match the volume of services and the number of clients, the quality of service will significantly decrease. Therefore, the accurate determination and estimation of the workforce with the correct model is one of today's necessities for work measurement and time measurement of SWSs. In this regard, the present article introduces a model of work and time measurement of SWSs.

METHODOLOGY

This descriptive-explanatory study was conducted cross-sectionally using a quota sampling method in 58 government hospitals during 2019-2020. The samples were purposefully selected from 10 regions of the country's higher education spatial planning. Given the importance of measuring the volume of Social Work Services (SWSs) in all types of specialized and sub-specialized hospital beds, three general hospitals were selected from each region. Depending on the frequency of single-specialty hospitals in the country, one to five cases of each were included, resulting in a total of 32 general hospitals and 26 single-specialty hospitals, including pediatrics, psychiatry, gynecology and obstetrics, heart, eye, burn, dermatology, and oncology.

Data were collected using a form to document the social services delivered to patients. The services/activities captured by this form, based on a comprehensive protocol recently developed by the Ministry of Health, included individual, group, and family counseling; individual, group, and family training; finding psychosocial support inside and outside the organization; finding economic support inside and outside the organization; intervention in a crisis; comprehensive assessment; referring to other organizations; home visits; follow-up after discharge; training colleagues; attending committees; and other activities. Social workers were asked to complete their daily performances in terms of quantity and time of services for six days. The content validity of the form was confirmed by the research team.

In addition to the form for recording daily activities, another form was used to record non-continuous and periodical activities throughout the year. The standard time of the activities was estimated by an expert group using the timing method. During the data collection phase, social workers from the selected hospitals were asked to complete a daily activity diary for six work days over a two-week period. Their activities were recorded for six working days. The data were controlled by two members of the research team and corrected if needed. The research team also entered the statistics of the number of active beds and occupied beds on the dates of performing work measurement into Excel files, enabling statistical calculations. To determine the average time of interventions, the completed information was discussed and analyzed during a meeting with the participation of five experienced social work experts and four members of the research team. The average time of performing social work activities was determined by the expert group method.

The data were transcribed into an Excel database to calculate the total working time. Excel software was used for data analysis. Initially, the daily average of the number of social work interventions recorded over six working days was extracted according to the type of activities for each hospital. Subsequently, by applying the average time of performing the activities, the total time needed (in minutes) for SWSs of hospitalized patients during one working day was calculated. This was done by dividing the result by the number of occupied beds, thus calculating the workload per one bed/working day.

To calculate the expected workload per year, the aforementioned value was calculated for a maximum of 312 working days per year (52 weeks and 6 working days per week). After converting this time into hours and considering the annual available working time of 1675 hours, a coefficient in terms of Full-Time Equivalent (FTE) was calculated for all types of occupied hospital beds. To operationalize this coefficient for estimating the number of social work experts for hospitals, the normal FTE social work

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

experts per one hundred occupied beds was calculated separately for specialized/sub-specialized beds.

RESULTS

The estimates for the number of social work experts required by hospitals, in terms of the number of FTE per one hundred occupied beds, separated by specialized and sub-specialized beds, are provided in the table below. The minimum and maximum norms for the main beds (inpatient beds with a stay of more than 24 hours) ranged from 0.42 to 5.48. The highest coefficient was related to oncology, psychiatry, and ophthalmology, while the lowest value was observed in sub-specialized wards of ophthalmology, immunology, and postpartum

According to the following table, in a group of beds, namely, the "starred beds" (i.e. outpatient beds with patients staying less than 24 hours), The highest norm was observed in chemotherapy beds, while the lowest norm was seen in thalassemia beds.

When comparing the share of each activity in the total SWSs package, it was observed that

Table 1. Extracted norms to estimate social workers (FTE) per 100 occupied bed

Specialized bed	Norm	Specialized bed	Norm
Sub-specialist –ophthalmology	0.42	Internist/pulmonologist Sub-specialist	1.68
Immunology	0.63	Sub-specialist-urologist/Pediatrician	1.73
Post-partum	0.70	General ICU	1.75
Sub-specialist – immunology/children allergy	0.71	Neurosurgery	1.75
Sub-specialist - kidney transplant	0.75	Gynecology and obstetrics surgery	1.76
Sub-specialist – immunology allergy	0.80	Sub-specialist – repairing surgery	1.82
Sub-specialist –internist liver and digestion	0.83	NICU	1.84
ICU OH	0.84	ICU-other	1.93
Complementary medicine	0.90	Sub-specialist – pediatric neurology	1.94
Sub-specialist - Pediatric digestion	0.98	Poisoning	1.95
Sub-specialist – liver transplant	1.06	Burn ICU	1.96
Sub-specialist – lung transplant	1.06	Orthopedic	1.98
Sub-specialist - Maxillofacial surgery	1.15	Urology	2.00
Sub-specialist - Pediatric surgery	1.24	Pediatric	2.01
Sub-specialist – internist hematology Oncology	1.26	Sub-specialist – pediatric orthopedic**	2.01
Neonatal	1.31	Sub-specialist – pediatric rheumatology**	2.01
Internist	1.32	Sub-specialist – neonatal lung**	2.01
Post-angiography	1.32	Sub-specialist – internist rheumatology	2.02
Sub-specialist – spinal cord surgery	1.32	Infectious	2.05
Sub-specialist – internist kidney	1.34	Heart and POST CCU	2.34
Sub-specialist - infectious pediatric	1.38	Sub-specialist – heart pediatric	2.40
General surgery	1.41	Sub-specialist	2.55
Sub-specialist - knee surgery*	1.41	Ear, Nose, and Throat (ENT)	2.59
Sub-specialist – hand surgery*	1.41	Skin	2.67
Sub-specialist - Proctology surgery*	1.41	ICU surgery	2.92
Sub-specialist - Endocrinology	1.41	Sub-specialist - pediatric endocrinology	2.96
CCU	1.50	Sub-specialist – cardiac surgery	3.24
Internal ICU	1.54	PICU	3.83
Sub-specialist - Bone marrow transplant	1.59	Oncology (radiotherapy)	3.85
Burn	1.60	Eye	4.03
Internal neurology	1.63	Psychiatry	4.51
Maternity bed	1.64	Sub-specialist – pediatric psychiatry***	4.51
Sub-specialist - Thorax surgery	1.65	Sub-specialist – pediatric hematology-oncology	5.48
Nuclear medicine	1.66		

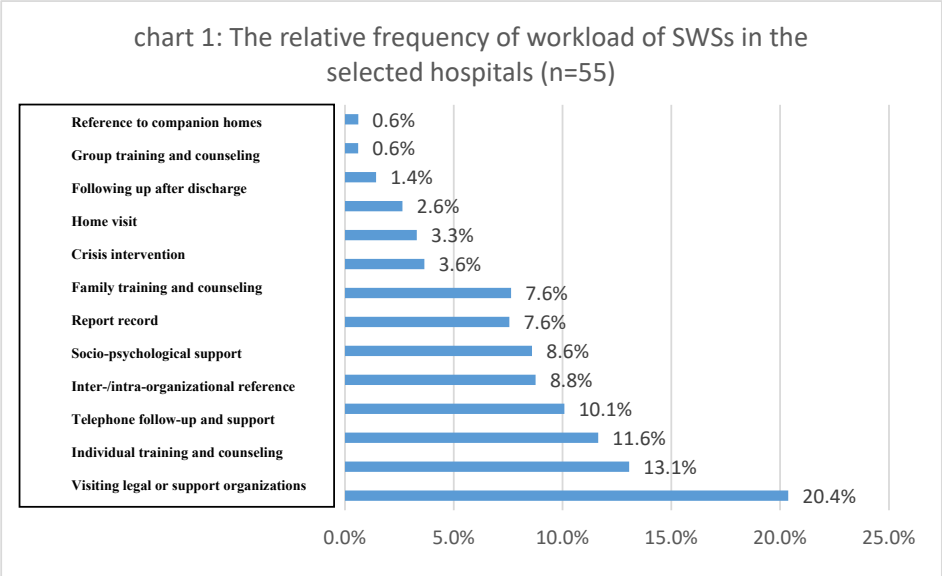
*It is assumed to be the norm equivalent of liver transplantation; **It is assumed to be the norm equivalent of general surgery; ***It is assumed to be the norm equivalent of pediatrics; ****It is assumed to be the norm equivalent of psychiatry.

Table 2. The extracted norms for the number of social workers

Specialized beds	Norm
Thalassemia	0.13
Blood/peritoneal dialysis	0.60
Emergency beds - under observation (acute and sub-acute)	1.37
Hemophilia	3.6
Chemotherapy	9.35

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]



approximately a fifth of the daily working time of social workers in hospitals is spent visiting support or legal organizations. Psychosocial assessment (13.1%) and individual education and counseling (11.6%) for patients were ranked second and third, respectively. Activities such as visiting clients' homes, follow-up after discharge, group training and counseling, and referral to patient companion homes were performed less frequently.

Upon reviewing the additional and periodical activities of the social work unit experts carried out over a year, it was observed that the relevant workload in the selected hospitals varied from 0.07 to 0.20 FTE. The main activities recorded in this group included participation in hospital committee meetings, annual hospital accreditation, registering activity data in the systems, and collecting and sending some statistical items to the university or external organizations such as charities.

DISCUSSION

After comparing the norms of social workers in hospital wards, it is observed that the highest values are associated with patients hospitalized in oncology, psychiatry, and ophthalmology wards. Deshields and colleagues (2021) assert that cancer patients face various psychological and social pressures caused by the disease. However, due to the lack of specialist staff in the field of cancer social work, many of the demands and problems of these patients are overlooked, and their observable physical or economic problems receive priority for intervention. Jones and colleagues (2018) determined the standards of psychosocial support in children with cancer and concluded that every five children with cancer and their families need at least one social worker. In the present study, the highest predicted number of social workers per 100 patients/occupied beds is related to the pediatric oncology ward with a ratio of 5.48, or in other words, one social worker per 18 hospitalized children with cancer, which is far from the recommended ratio of the aforementioned study.

Furthermore, in patients hospitalized in psychiatric wards, due to the long and chronic nature of the disease and the urgent need for psychological and social support, a high norm can be expected. The studies of Shepherd (2004) and Pfoh (2022) show that mental patients need extensive SWSs, especially in the field of re-establishing ties with society and family, and these interventions require continuous and long-term contact of social workers with these patients. Regarding the patients hospitalized in the ophthalmology ward, due to the fact that the severity of the disease or the economic costs are not comparable with the previous two wards, the most important factor affecting the social worker's norm could be the high bed turnover rate, and therefore more new patients to the ward.

Regarding the SWSs of the "starred" beds, where the majority of patients require hospitalization for less than 24 hours, the volume of services required in the thalassemia and dialysis wards is minimal. To justify this, it can be said that the patients of the mentioned wards are repeat cases; they come periodically, for example, monthly (e.g., thalassemia) or twice a week (e.g., dialysis) to receive diagnostic and treatment services. On the other hand, the norm of chemotherapy beds is the highest, which is in line with the norm of the oncology inpatient ward, confirming the high need of the patients of this group for psycho-supportive and economic services.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

The results of the study of McGregor and colleagues (2018) in a systematic review showed that social workers, by providing self-management training to chronic patients such as patients who need dialysis, made a significant contribution to reducing pain and issues caused by long-term treatment. They act as a bridge between patients, the treatment center, and the social care provider systems by facilitating access to the needed services and social support of patients. In a similar study, Hsu and colleagues (2021) concluded that interdisciplinary interventions and the presence of social workers alongside the treatment staff are particularly effective in accelerating the recovery process in chronic and incurable patients, but the shortage of workforce can hinder the process and quality of services.

This study did have some limitations. Firstly, the activities were collected over a two-week period, which may not be representative of other periods throughout the year. Secondly, the number of single specialty hospitals in the sample was small, which necessitates caution when generalizing the results. Lastly, the recording of SWSs by social workers could potentially lead to an overestimation in the recording of services delivered to clients. These factors should be taken into account when interpreting the findings of the study.

CONCLUSION

This study was the first to attempt to determine the norms of social work manpower, taking into account the type of hospital beds and client problems. By using a practical approach based on the real workload of social workers, the results could be effectively used to address the shortage of social workers in governmental hospitals. Moreover, the findings could provide an opportunity to modify the hiring policy of the Ministry of Health regarding Social Work Services (SWSs). The extracted norms could be easily applied at national and local levels to estimate the number of needed hospital social workers. This could enable individual hospitals to predict the correct number of social workers needed to meet the psychological and supportive needs of patients.

Future studies are suggested to evaluate the applicability of these norms in teaching and non-teaching hospitals. Moreover, this information is important for researchers interested in the area of human resource planning, who can use these norms in subsequent works aimed at determining the shortage or surplus of social workers among Iranian governmental hospitals

ETHICAL CONSIDERATION

Compliance with Ethical Guidelines: This article is the outcome of a collaborative operational program between the Deputy Director of Treatment and Development of the Ministry of Health, Treatment, and Medical Education. The program was conducted in the field of policy-making at the health system level, as per notification number and ethical code 411/212/D dated 06/06/2020. which was carried out in the field of policy making at the level of the health system.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors would like to express their gratitude to all the social workers in the selected hospitals of this study for their assistance in conducting this research.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that there is no conflict of interest.

How to cite this article:

Bahram Mohaghegh, Mohammad Sabzi, Seyyed Mohhamad Hossein Javadi, Sara Noruzi , Soraya Sayar, Ali Akbat Abedi, Tahereh Azari Arghun. Workload Measuring in Social Work Services: Iran's Governmental Hospitals. Iran Occupational Health. 2024 (01 Feb);20:28.

***This work is published under CC BY-NC 4.0 licence**

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

سلامت کار ایران
دوره ۲۰ - ۲۸/۱۴۰۲

مقاله پژوهشی
http://ioh.iums.ac.ir

کارسنجی خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان‌های دولتی ایران

بهرام محقق: دانشیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
محمد سبزی خوشنامی: (* نویسنده مسئول) استادیار، گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران. m.khoshnam64@gmail.com
سید محمدحسین جوادی: (* نویسنده مسئول دوم) گروه مددکاری اجتماعی دانشکده پیراپزشکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. javadismh4@gmail.com
سارا نوروزی: دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ایران.
ثریا سیار: دکتری جامعه شناسی، اداره مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
علی اکبر عابدی: کارشناسی ارشد روانشناسی، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
طاهره آذری ارقون: کارشناسی ارشد روانشناسی، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: یکی از خدمات مهم و در عین حال مغفول در بیمارستان ها، خدمات مددکاری اجتماعی است که با توجه به افزایش آسیب‌های اجتماعی و هزینه های درمان و نیاز به خدمات روانی- اجتماعی و حمایتی از بیماران، اهمیت بالایی دارد. این پژوهش، با هدف کارسنجی خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان های دولتی ایران انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی- تبیینی به صورت مقطعی و با روش نمونه گیری سهمیه ای در ۵۸ بیمارستان دولتی در سال های ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. نمونه ها با روش هدفمند از مناطق آمایشی ده گانه آموزش عالی کشور انتخاب شدند. با توجه به اهمیت سنجش حجم خدمات مددکاری اجتماعی در همه انواع تخت های تخصصی و فوق تخصصی بیمارستانی، از هر منطقه آمایشی ۳ بیمارستان جنرال و متناسب با فراوانی بیمارستان های تک تخصصی در سطح کشور ۱ تا ۵ مورد از هرکدام لحاظ شد به طوری که تعداد ۳۲ بیمارستان عمومی و ۲۶ بیمارستان تک تخصصی شامل کودکان، روانپزشکی، زنان و زایمان، قلب، چشم، سوختگی، پوست و آنکولوژی در نظر گرفته شد. ابزار اصلی جمع آوری داده ها یک فرم محقق ساخته برای ثبت خدمات مددکاری اجتماعی به بیماران بود که توسط مددکاران اجتماعی برای شش روز کاری غیرمتوالی تکمیل شد. میانگین زمان انجام مداخلات و فعالیت های مضاعف مددکاران اجتماعی بوسیله دو فرم جمع آوری و در یک گروه کارشناسی نهائی گردید. داده ها از طریق نرم افزار اکسل تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که نرم تعداد معادل تمام وقت مددکار اجتماعی مورد نیاز به ازای یکصد تخت بیمارستانی از ۰/۴۲ تا ۵/۴۸ متغیر بود. بیشترین مقدار مربوط به تخت های فوق تخصص- هماتولوژی انکولوژی اطفال (۵/۴۸)، روانپزشکی (۴/۵۱) و انکولوژی بزرگسالان (۳/۸۵) و کمترین مقدار در بخش های فوق تخصصی چشم (۰/۴۲)، ایمنولوژی (۰/۶۳) و پست پارتوم (۰/۷۰) بود. در تخت های بیمارستانی سرپائی، بیشترین و کمترین نرم به ترتیب مربوط به تخت های شیمی درمانی (۹/۳۵) و تالاسمی (۰/۱۳) بود.

نتیجه گیری: حجم کاری خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان ها متناسب با ترکیب بیماران است. بنابراین نرم های مددکار اجتماعی به ازای تخت های اشغال شده می تواند یک روش عملی در برآورد تعداد مددکار اجتماعی باشد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: ندارد.

کلیدواژه‌ها
مددکار اجتماعی
بیمارستان
بار کاری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۷/۲۵

شیوه استناد به این مقاله:
Bahram Mohaghegh, Mohammad Sabzi, Seyyed Mohhamad Hossein Javadi, Sara Noruzi , Soraya Sayar, Ali Akbat Abedi, Tahereh Azari Arghun. Workload Measuring in Social Work Services: Iran's Governmental Hospitals. Iran Occupational Health. 2024 (01 Feb);20:28.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

مقدمه

در نظام های سلامت که ماموریت حفظ و ارتقای سلامتی آحاد جامعه را به عهده دارند یکی از مؤلفه های اصلی در انجام این وظایف وجود نیروی انسانی است، به طوری که در مقایسه با سایر حوزه های اجتماعی و اقتصادی بیشترین وابستگی را به نیروی انسانی دارند. از طرفی براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۷)، کمبود و یا توزیع نامناسب کارکنان سلامت یکی از مشکلات اصلی نظام های سلامت است به طوری که تعیین تعداد و ترکیب آن جهت اطمینان از استفاده بهینه و اثربخش سایر منابع محدود ضروری است (۲). در گزارش دیگر سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۲) پیش‌بینی می‌شود جهان تا سال ۲۰۳۰ با کمبود حدود ۱۸ میلیون کارمند بهداشتی- درمانی مواجه باشد در حالی که حدود ۱۳۰ میلیون نفر به حمایت و کمک‌های بشردوستانه نیاز دارند و همچنین خطر جهانی بیماری‌های همه‌گیر مانند کووید-۱۹ نیز وجود دارد (۱). نیروی انسانی یکی از موضوعات مهم در ارتقاء بهره وری و بهبود عملکرد سازمان ها می باشد که از نظر کمی به صورت متناسب بودن تعداد آن با حجم وظایف و فعالیت ها و از نظر کیفی، برخورداری از دانش و مهارت های لازم برای انجام درست وظایف شغلی مد نظر قرار می گیرد (۳).

در واکاوی چالش نیروی انسانی حوزه سلامت، بیمارستان ها از اهمیت بالایی برخوردار می باشند زیرا بیش از ۵۰ درصد کارکنان سلامت را بخود اختصاص داده اند. یکی از خدمات مهم و در عین حال مغفول در بیمارستان ها، خدمات مددکاری اجتماعی است که به عنوان یکی از حرفه های پایه در سیستم بهداشت و درمان کشور با بیش از ۶۰ سال سابقه می‌باشد. شایان ذکر است، حرفه ی مددکاری اجتماعی در محیط های بیمارستانی نزدیک به ۱۲۵ سال تاسیس شده است و به بخش عمده ای از این حرفه در سراسر جهان تبدیل شده است (۴). امروزه با توجه به افزایش آسیب‌های اجتماعی و مراجعه بیش از پیش افراد به مددکاران اجتماعی در بیمارستان‌ها بدلیل مسائل اقتصادی و نیاز به حمایت‌های روانی اجتماعی و بهره مندی از سیستم‌های حمایتی، حجم کاری مددکاران اجتماعی به طور قابل توجهی افزایش یافته است (۵). اغلب گروه‌های هدف مددکاران اجتماعی مراجعین آسیب پذیرهستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیکی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند (۶-۸). به طور مثال می توان به گروه هایی شامل بیماران بی بضاعت و تحت پوشش سازمان‌های حمایتی، کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان و معلول، سالمندان، بیماران پیوندی و غیره اشاره نمود.

وزارت بهداشت با هدف ساماندهی، برنامه ریزی و حمایت‌یابی از بیماران در مراکز درمانی و ارتقای کیفیت خدمات، اقدام به بازتعریف بسته خدمت و توسعه مداخلات تخصصی روانی اجتماعی با الگوی مدیریت مورد نموده است که به صورت پروتکل های جامع خدمات مددکاری اجتماعی و تخصصی، حمایت‌های روانی اجتماعی از گروه‌های هدف برای مقابله با کووید-۱۹، مداخلات مددکاری اجتماعی در حوادث و بلایا، کودک آزاری، سرطان و غیره را تدوین و جهت اجرا از اواخر سال ۱۳۹۹ به کلیه بیمارستان های تابعه دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ابلاغ شده است (۹). لذا به نظر می رسد با توجه به بازتعریف و گسترش خدمات مددکاری اجتماعی در بسته جدید، نیروی انسانی کافی و متناسب با حجم کار می بایست پیش بینی شود زیرا در صورت عدم تناسب نیروی انسانی با حجم خدمات و تعداد مراجعین، کمیت و کیفیت خدمت رسانی به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته و اهداف تعیین شده برای خدمات مددکاری اجتماعی بطور جدی تحت الشعاع قرار خواهند گرفت.

به نظر می رسد با توجه به گسترش روزافزون تخت های بیمارستانی و ضرورت اجرای بسته خدمات روانی و اجتماعی مطابق پروتکل جدید، برآورد تعداد کارشناس مددکاری اجتماعی مورد نیاز بیمارستان ها با روش علمی و مبتنی بر حجم واقعی کار، از اهمیت زیادی برخوردار است. بخصوص اینکه در حال حاضر نرم مورد عمل وزارت بهداشت بصورت پیش بینی یک کارشناس مددکاری اجتماعی به ازای بیش از یکصد تخت بیمارستانی(۱۰). جوابگو نیست، زیرا در عمل مراجعین از نظر نوع و شدت بیماری و بالطبع نوع خدمات پزشکی تخصصی مورد نیاز متفاوتند که میزان خدمات مددکاری اجتماعی متفاوتی نیاز دارند (۱۱).

در پاسخ به این نقیصه استفاده از روش های علمی کارسنجی می تواند کارساز باشد. زمان سنجی یکی از تکنیک های کارسنجی است که به محاسبه ی زمان انجام هر کار می پردازد و وزن نسبی فعالیت ها را تعیین می کند. در حالی که در آخرین برآورد تعداد مددکار اجتماعی که با چک لیست در مراکز محدود درمانی توسط کارشناسان معاونت درمان و توسعه وزارت بهداشت انجام شده است

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

به قبل از تدوین و ابلاغ پروتکل جدید خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان ها مربوط می باشد. براساس پایش دوره ای کارشناسان اداره مددکاری معاونت درمان وزارت بهداشت، بسیاری از بیمارستان های کشور با کمبود مددکار اجتماعی مواجه هستند که این موضوع می تواند کمیت و کیفیت خدمات و تعداد مراجعین نیازمند دریافت خدمات را تحت تاثیر قرار می دهد (۹). لذا در این مطالعه سعی شده با احصاء خدمات مددکاری اجتماعی مورد نیاز بیماران بستری در بخش های تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان ها و برآورد استاندارد زمانی فعالیت ها، تعداد کارشناس مددکار اجتماعی مورد نیاز برآورد شود، زیرا هر کدام از بیمارستان ها متناسب با تعداد و ترکیب بیماران از نظر نوع مشکل پزشکی حجم خدمات مراقبتی متفاوتی نیاز دارند که در این بین خدمات مددکاری اجتماعی نیز از این امر مستثنی نیست. از طرفی با توجه به ابلاغ بسته خدمت جدید مددکاری اجتماعی در بیمارستان ها، ارائه یک روش علمی و مبتنی بر حجم کار مورد انتظار جهت پیش بینی نیروی انسانی مورد نیاز در سطح کشور ضرورت دارد که در این راستا این مطالعه با هدف کارسنجی خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان های دولتی تابعه وزارت بهداشت انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه کاربردی به روش توصیفی- تبیینی و از نوع مقطعی در سال های ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه بیمارستان های دولتی تابعه دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور بوده‌است. در نمونه گیری از روش سهمیه ای استفاده شد به طوری که بیمارستان ها با توجه به معیارهای استقرار کامل بسته خدمتی جدید خدمات مددکاری اجتماعی در آنها، توزیع جغرافیایی در مناطق آمایشی ده گانه آموزش علوم پزشکی کشور (۱۲) و پوشش انواع بیمارستان ها از نظر عمومی و تک تخصصی بودن به صورت هدفمند انتخاب شدند. در این مطالعه با توجه به اهمیت سنجش حجم خدمات مددکاری اجتماعی در همه انواع تخت های تخصصی و فوق تخصصی بیمارستانی، از هر منطقه آمایشی ۳ بیمارستان عمومی و متناسب با فراوانی بیمارستان های تک تخصصی در سطح کشور ۱ تا ۵ مورد از هرکدام لحاظ شد به طوری که تعداد ۳۲ بیمارستان عمومی و ۲۶ بیمارستان تک تخصصی شامل کودکان، روانپزشکی، زنان و زایمان، قلب، چشم، سوختگی، پوست و آنکولوژی در نظر گرفته شد.

مراحل اجرایی این مطالعه به ترتیب شامل: الف) تعیین اجزای کار کارشناسان مددکاری اجتماعی و تهیه ابزار جمع آوری داده ها، ب) جمع آوری داده ها و ج) کنترل و تحلیل داده ها، بود.

الف) تعیین اجزای کار کارشناسان مددکاری اجتماعی و تهیه ابزار جمع آوری داده ها: در این مرحله، ابتدا پروتکل جامع خدمات مددکاری اجتماعی ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت (۱۳) و سنجه‌های مددکاری اجتماعی در ویرایش چهارم اعتباربخشی بیمارستان‌ها (۱۳۹۸) به منظور استخراج اجزای اولیه تشکیل دهنده وظایف مددکاران بررسی شد، سپس فعالیت های احصاء شده در یک جلسه کارشناسی متشکل از تیم پژوهش و ۵ نفر از مسئولین مددکاری اجتماعی بیمارستان ها، دسته بندی گردید. این گروه بندی فعالیت ها مبنای

فرم شماره ۱ : ثبت اقدامات و فعالیت های روزانه مددکاری اجتماعی

دانشگاه: علوم پزشکی: نام مرکز: تاریخ: نام ثبت کننده فرم:

عنوان فعالیتها							
راند	ارزیابی روانی اجتماعی	آموزش و مشاوره	حمایت یابی روانی اجتماعی(درون/برون سازمانی)	حمایت یابی اقتصادی(درون/برون سازمانی)	ارجاع (درون و برون سازمانی)	پیگیری پس از ترخیص	مداخله در بحران
بازدید از منزل	مراجعه به سازمان های حمایتی، قانونی و قضایی	ارجاع به همراه سرا	ثبت گزارش	پیگیری و پاسخگویی تلفن ها	استراحت و انجام امور شخصی	منتظر خدمت	سایر (با ذکر نوع در ستون توضیحات)

ردیف	از ساعت ... الی ساعت	عنوان فعالیت زمان بر به تفکیک (مطابق جدول بالا) نوشته شود	محل ارائه خدمت/فعالیت (نام بخش بستری و یا سایر مکان ها نوشته شود)	تعداد مددجو/گروه یا خانواده) دریافت کننده خدمت	زمان تقریبی(دقیقه)	توضیحات

شکل ۱. فرم شماره یک، ثبت اقدامات و فعالیت های روزانه مددکاران اجتماعی در بیمارستان

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

فرم شماره2 : ثبت سایر اقدامات و فعالیت های دوره ای مددکاری در طول سال

نام ثبت کننده : ..... پست / سمت سازمانی: ..... روش احصاء داده ها: **ثبت اقدامات دوره ای**

دانشگاه: ..... نام مرکز: ..... تاریخ: / / 1399

ردیف	عنوان فعالیت	تعریف فعالیت (با ذکر نقطه آغاز و پایان فرایند)	دوره زمانی انجام(روزانهف هفتگی، ...)	زمان تقریبی (ساعت و یا روز)

شکل۲. فرم شماره دو، ثبت سایر اقدامات و فعالیت های دوره ای مددکاران اجتماعی در طول سال

فرم شماره 3: ثبت میانگین زمان (دقیقه) انجام فعالیتها

فعالیت ها	راند	ارزیابی روانی اجتماعی	مشاوره و آموزش	حمایت یابی درون سازمانی و برون سازمانی		ارجاع درون و برون سازمانی	مداخله در بحران	پیگیری پس از ترخیص	پیگیری های خارج از بیمارستان		ثبت گزارش	مکاتبه	ارجاع به همراه سرا	پیگیری و پاسخگویی تلفنی
				حمایت روانی اجتماعی	حمایت اقتصادی				بازدید منزل	مراجعه به سازمان های حمایتی یا قانونی				
میانگین زمان(دقیقه)														

شکل۳. فرم شماره سه، ثبت میانگین زمان انجام فعالیت های مددکاری در بیمارستان

شکل گیری فرم شماره ۱ با عنوان فرم ثبت اقدامات و فعالیت های روزانه قرار گرفت. عناوین فعالیت ها در فرم یادشده شامل: ارزیابی روانی - اجتماعی، آموزش و مشاوره (فردی، گروهی و خانوادگی)، حمایت یابی اقتصادی و روانی اجتماعی (درون و برون سازمانی)، ارجاع (درون و برون سازمانی مددجویان)، مداخله در بحران، بازدید منزل، مراجعه به سازمان های حمایتی و قانونی، ارجاع به همراه سرا، پیگیری و تلفنی، ثبت گزارش (در سامانه ها)، و سایر فعالیت ها بود (شکل ۱). همچنین در این فرم ، تاریخ تکمیل فرم، عنوان فعالیت، ساعت ارائه، محل ارائه خدمت (نام واحد یا بخش تخصصی بیمارستان)، تعداد مددجوی خدمت گیرنده، مدت زمان تقریبی خدمت (برحسب دقیقه) و ستون توضیحات پیش بینی شد.

جهت ثبت فعالیت های غیرمستمر مددکاران اجتماعی در طول سال، فرم شماره ۲ تحت عنوان فرم ثبت فعالیت های دوره ای شامل متغیرهای: عنوان فعالیت (یا خدمت)، تعداد تکرار در سال، مدت زمان تقریبی به ازای یک مورد و تعداد مددکاران اجتماعی درگیر استفاده شد. با توجه به اهمیت استاندارد زمانی فعالیت ها، علاوه بر پیش بینی ثبت مدت زمان واقعی ارائه خدمات مددکاری در فرم شماره ۱، این پارامتر به صورت جداگانه نیز در فرم شماره ۳ پیش بینی شد به طوری که مددکاران اجتماعی براساس تجربیات خود متوسط زمان کاری لازم جهت ارائه یک واحد از فعالیت های دسته بندی شده را ثبت نمودند.

روایی صوری و محتوائی فرم های سه گانه از نظر اینکه آیا کلیه خدمات پیش بینی شده در پروتکل ابلاغ شده خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان ها را پوشش می دهد و اینکه آیا عنوان خدمات دسته بندی شده و سایر متغیرها قابل فهم و غیرقابل تفسیر هستند، بررسی شد به طوری که فرم های جمع آوری داده ها توسط پنج نفر از کارشناسان مجرب مددکاری اجتماعی در بیمارستان های مربوطه تکمیل شد و در جلسه ای مشترک با تیم پژوهشگر اصلاحات لازم اعمال گردید.

ب) جمع آوری داده ها: در فرایند جمع آوری اطلاعات، از مددکاران اجتماعی خواسته شد تا اقدامات و خدمات مددکاری اجتماعی را که در طی ۶ روز کار در طی دو هفته (سه روز فرد هفته آخر خرداد و سه روز زوج هفته اول تیرماه سال۱۳۹۹) به مراجعین ارائه می دهند در فرم شماره ۱ ثبت نمایند. همچنین فعالیت های غیر مستمر و دوره ای کارشناسان مددکار اجتماعی بوسیله فرم شماره ۲ جمع آوری شد. همزمان با تکمیل دو فرم یادشده، زمان استاندارد مداخلات/ فعالیت های مددکاری اجتماعی توسط مددکاران بیمارستان های منتخب در فرم شماره ۳ اعلام گردید.

برای افزایش دقت در ثبت داده ها علاوه بر تدوین راهنمای تکمیل فرم ها، دو جلسه آموزشی-توجیهی آنلاین یک و نیم ساعته برای کارشناسان مددکاری شاغل در بیمارستان های منتخب برگزار شد.

در این مرحله زمان کار دردسترس[1] سالانه برای مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان ها نیز برآورد شد به طوری که طی یک جلسه کارشناسی با حضور تیم پژوهش و دو نفر از کارشناسان منابع انسانی و با توجه به تعداد روزهای تعطیلات سالانه (جمعه ها و تعطیلات

1 Available Working Time

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

رسمی)، نبود کارکنان در محل کار به علت مرخصی استحقاقی، استعلاجی و یا شرکت در جلسات آموزشی سالانه و در نظر گرفتن متوسط یک ساعت در روز بابت استراحت و انجام کارهای شخصی کارکنان، زمان کار مفید دردسترس سالانه برای ارائه خدمات مددکاری اجتماعی به مددجویان ۱۶۷۵ ساعت برآورد شد.

ج) جمع بندی و تحلیل داده ها: در این مرحله، فرم های دریافت شده از بیمارستان ها توسط دو نفر از اعضای تیم پژوهش کنترل و در صورت کامل بودن، در فایل های اکسل جداگانه وارد شدند. این صفحه های کاری[1] اکسل طراحی شده، بصورت ماتریسی حاوی ستون های گروه های اقدامات و فعالیت های مددکاری اجتماعی و ردیف های عناوین تخت های تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان (مطابق فهرست سامانه آواب معاونت درمان وزارت بهداشت) بودند. همچنین در این مرحله، آمار تعداد تخت فعال و تخت اشغال شده[2] در تاریخ های انجام کارسنجی را به تفکیک بخش های تخصصی از مدیریت بیمارستان های مورد بررسی دریافت نمودند، به طوری که با اضافه کردن اطلاعات مذکور در فایل های اکسل امکان انجام محاسبات آماری فراهم شد.

میانگین زمان انجام مداخلات مددکاری اجتماعی با دو روش کمی و کیفی تعیین شد. به طوری که زمان اظهار شده توسط مددکاران اجتماعی در فرم شماره ۳ تجمیع و میانگین آنها با زمان تقریبی خدمات ثبت شده در فرم ثبت روزانه فعالیت ها مقایسه و نتایج در طی یک جلسه دوساعته گروه کارشناسی بصورت زمان استاندارد فعالیت ها مورد اجماع قرار گرفت.

جهت تحلیل داده‌ها، از نرم افزار اکسل استفاده شد. ابتدا میانگین روزانه تعداد مداخلات مددکاری اجتماعی در شش روز کاری ثبت شده به تفکیک نوع فعالیت های پیش بینی شده در بسته خدمات مددکاری اجتماعی و نوع تخت های تخصصی و فوق تخصصی بیمارستانی برای هر بیمارستان استخراج گردید. سپس اطلاعات همه بیمارستان ها در یک صفحه کاری به تفکیک نوع فعالیت (کار) و مدت زمان لازم برای انجام فعالیت، تجمیع شد. در مرحله بعد با اعمال متوسط زمان انجام فعالیت ها، مجموع زمان مورد نیاز صرف شده (برحسب دقیقه) برای خدمات مددکاری اجتماعی بیماران بستری در طی یک روز کاری محاسبه و با تقسیم بر تعداد تخت های اشغال شده حجم کار به ازای یک تخت- روز اشغالی بدست آمد. سپس با پیش بینی حداکثر ۳۱۲ روز کاری در سال و ۱۶۷۵ ساعت کار دردسترس، ضریبی برحسب معادل تمام وقت کارشناس مددکار اجتماعی به تفکیک انواع تخت های بیمارستانی اشغال شده احصاء گردید. جهت سهولت استفاده از این ضریب در برآورد تعداد کارشناس مددکاری اجتماعی بیمارستان ها، نرم به ازای یکصد تخت اشغال شده و به تفکیک تخت های تخصصی/ فوق تخصصی محاسبه گردید. همچنین فهرستی از فعالیت های انجام شده ی مشترک بین تمامی بیمارستان ها تهیه شد و با پروتکل های تخصصی مددکاری اجتماعی تطبیق داده شد تا در نهایت اقدامات اساسی با قابلیت اجرا، شناسایی شدند و مدت زمان انجام هر فعالیت نیز به طور جداگانه با استفاده از میانگین گیری و ترسیم نمودار شیب انحراف معیار مشخص گردید.

یافته‌ها

توزیع بیمارستان های منتخب در جدول شماره ۱ ارائه شده است. از ۵۸ بیمارستان منتخب اولیه، فرم های تکمیل شده خدمات مددکاری اجتماعی دریافتی از ۵۵ بیمارستان، کامل و بدون نقص بود. در مجموع بیمارستان های یادشده دارای ۱۵۹۸۷ تخت فعال و ۱۳۹۱۷ تخت اشغال شده، بودند.

نرم های برآورد تعداد کارشناس مددکاری اجتماعی مورد نیاز بیمارستان ها بر حسب تعداد معادل تمام وقت به ازای یکصد تخت بستری اشغال شده به تفکیک تخت های تخصصی و فوق تخصصی در جدول شماره دو آمده است. حداقل و حداکثر نرم تخت های اصلی (تخت های بستری با اقامت بیش از ۲۴ ساعت بیمار) از ۰/۴۲ تا ۵/۴۸ بود. بیشترین ضریب مربوط به تخت های فوق تخصصی هماتولوژی انکولوژی اطفال (۵/۴۸)، انکولوژی (۳/۸۵)، روانپزشکی (۴/۵۱) و چشم (۴/۰۳) و کمترین مقدار در بخش های فوق تخصصی چشم (۰/۴۲)، ایمنولوژی (۰/۶۳) و پست پارتوم (۰/۷۰) بوده است. قابل ذکر اینکه در مواردی که تخت های فوق تخصصی در بیمارستان های منتخب وجود نداشته و یا به علت تعداد کم بیماران بستری در هنگام مطالعه، تقاضا برای خدمات مددکاری اجتماعی نبوده است، نرم آنها معادل تخت های تخصصی مشابه در نظر گرفته شده است.

نرم تعداد مددکار اجتماعی به ازای یکصد تخت اشغال شده جهت تخت های بیمارستانی تحت عنوان ستاره دار (تخت های بستری با اقامت کمتر از ۲۴ ساعت بیمار می باشند) به صورت جداگانه در جدول شماره سه آمده است. این تخت ها بجز تخت های بخش اورژانس،

1 Work sheet
2 Occupied beds

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

جدول ۱ .فراوانی توزیع بیمارستان‌های منتخب برای کارسنجی خدمات مددکاری اجتماعی

بیمارستان		تعداد تخت	
نوع تخصص	تعداد	فعال	اشغال شده
جنرال	۳۰	۱۲۵۹۳	۸۷۲۲
اطفال	۴	۸۹۹	۶۱۷
روان	۵	۱۶۸۰	۱۱۷۷
زنان و زایمان	۴	۳۹۰	۲۲۸
قلب	۴	۸۳۷	۵۱۷
چشم	۳	۴۲۵	۲۵۰
سوختگی	۲	۱۴۹	۴۱
آنکولوژی	۲	۶۸۴	۴۶۴
پوست	۱	۱۳۱	۱۰۰
جمع	**۵۵**	**۱۵۹۸۷**	**۱۳۹۱۷**

جدول ۲. نرمهای استخراج شده تعداد مددکار اجتماعی به ازای یکصد تخت بستری

تخت تخصصی	نرم	تخت تخصصی	نرم
فوق تخصص - چشم	۰/۴۲	فوق تخصص - داخلی ریه	۱/۶۸
ایمونولوژی	۰/۶۳	فوق تخصص - اطفال کلیه	۱/۷۳
پست پارتوم	۰/۷۰	ICU جنرال	۱/۷۵
فوق تخصص- ایمونولوژی و آلرژی اطفال	۰/۷۱	جراحی مغز و اعصاب	۱/۷۵
فوق تخصص - پیوند کلیه	۰/۷۵	جراحی زنان و زایمان	۱/۷۶
فوق تخصص - ایمونولوژی آلرژی	۰/۸۰	فوق تخصص - جراحی ترمیمی	۱/۸۲
فوق تخصص - داخلی کبد و گوارش	۰/۸۳	NICU	۱/۸۴
ICU قلب باز	۰/۸۴	ICU سایر	۱/۹۳
طب مکمل	۰/۹۰	فوق تخصص - اطفال نورولوژی	۱/۹۴
فوق تخصص - اطفال گوارش	۰/۹۸	مسمومیت	۱/۹۵
فوق تخصص - پیوند کبد، پیوند ریه*	۱/۰۶	ICU سوختگی	۱/۹۶
فوق تخصص - جراحی فک و صورت	۱/۱۵	ارتوپدی	۱/۹۸
فوق تخصص - جراحی اطفال	۱/۲۴	ارولوژی	۲/۰۰
فوق تخصص - داخلی هماتولوژی انکولوژی	۱/۲۶	اطفال	۲/۰۱
نوزادان	۱/۳۱	فوق تخصص- ارتوپدی اطفال*، روماتولوژی اطفال*، ریه اطفال*	۲/۰۱
داخلی	۱/۳۲	فوق تخصص - داخلی روماتولوژی	۲/۰۲
آنژیوگرافی POST	۱/۳۲	عفونی	۲/۰۵
فوق تخصص - جراحی ستون فقرات	۱/۳۲	قلب و POST CCU	۲/۳۴
فوق تخصص - داخلی کلیه	۱/۳۴	فوق تخصص - اطفال قلب	۲/۴۰
فوق تخصص- عفونی اطفال	۱/۳۸	فوق تخصص - جراحی عروق	۲/۵۵
جراحی عمومی، فوق تخصص - جراحی زانو*، جراحی دست*، جراحی پروکتولوژی*	۱/۴۱	گوش و حلق و بینی (ENT)	۲/۵۹
جراحی عمومی، فوق تخصص - جراحی زانو*، جراحی دست*، جراحی پروکتولوژی*	۱/۴۱	پوست	۲/۶۷
فوق تخصص - داخلی غدد	۱/۴۱	ICU جراحی	۲/۹۲
CCU	۱/۵۰	فوق تخصص - اطفال غدد	۲/۹۶
ICU داخلی	۱/۵۴	فوق تخصص - جراحی قلب	۳/۲۴
فوق تخصص - پیوند مغز استخوان	۱/۵۹	PICU	۳/۸۳
سوختگی	۱/۶۰	انکولوژی(رادیوتراپی)	۳/۸۵
داخلی اعصاب	۱/۶۳	چشم	۴/۰۳
تخت زایمان	۱/۶۴	روانپزشکی، فوق تخصص - اطفال روانپزشکی*	۴/۵۱
فوق تخصص - جراحی توراکس	۱/۶۵	فوق تخصص- هماتولوژی انکولوژی اطفال	۵/۴۸
طب هسته ای	۱/۶۶		

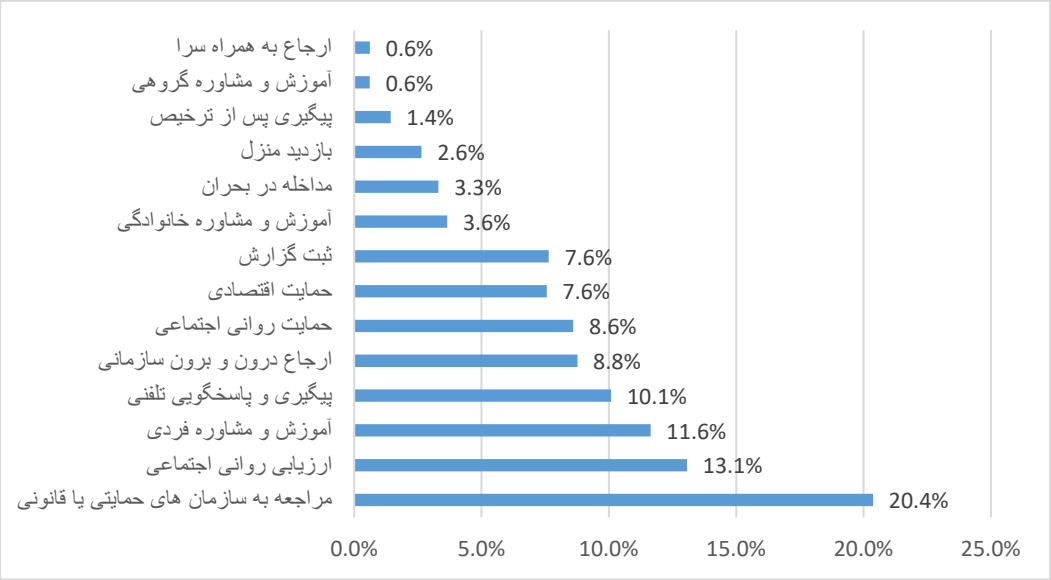
*** با توجه به نبود این تخت های بستری در بیمارستان های منتخب، نرم آنها با روش گروه کارشناسی، برآورد شده است.**

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

جدول ۳. نرمهای استخراج شده تعداد مددکار اجتماعی به ازای یکصد تخت ستارهدار

تخت تخصصی	نرم
تخت تالاسمی	۰/۱۳
تخت دیالیز خونی / صفاقی	۰/۶۰
تخت اورژانس- تحت نظر(حاد و تحت حاد)	۱/۳۷
تخت هموفیلی	۳/۶
تخت شیمی درمانی	۹/۳۵



نمودار ۱. فراوانی نسبی خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستانهای منتخب(n=55)

معمولاً در یک شیفت کاری فعال هستند. در این نوع تخت ها بیشترین نرم مربوط به تخت های شیمی درمانی و کمترین مربوط به تخت های تالاسمی بوده است.

در مقایسه سهم هر کدام از فعالیت ها در بسته خدمات مددکاری اجتماعی، مشاهده شد که حدود یک پنجم وقت کاری روزانه مددکاران اجتماعی در بیمارستان ها صرف مراجعه به سازمان های حمایتی یا قانونی می شود. ارزیابی روانی اجتماعی ۱۳/۱ درصد و آموزش و مشاوره های فردی ۱۱/۶ درصد به بیماران در مرتبه دوم و سوم قرار گرفتند. به ترتیب بازدید از منزل مددجویان، پیگیری پس از ترخیص، آموزش و مشاوره های گروهی و ارجاع به همراه سرا دارای کمترین فراوانی بودند.

در بررسی فعالیت های مضاعف و دوره ای کارشناسان واحد مددکاری اجتماعی که در طول یکسال انجام می شود، مشاهده شد که حجم کار مربوطه در بیمارستان های منتخب از ۰/۰۷ تا ۰/۲۰ معادل تمام وقت کارشناس مددکار اجتماعی متغیر بود. فعالیت های اصلی ثبت شده در این گروه شامل مواردی مثل: شرکت در جلسات کمیته های بیمارستانی، اعتباربخشی سالانه بیمارستان، ثبت ماهانه، فصلی و یا سالانه آمار فعالیت ها در سامانه ها، گردآوری و ارسال برخی اقلام آماری به واحدهای دانشگاهی و یا سازمان های بیرونی از جمله خیریه ها و غیره بودند.

بحث

امروزه مددکاران اجتماعی به طور فزاینده ای کیفیت کار خود را با استفاده از شاخص های کمی و سنجش عملکرد ارزیابی و رتبه بندی می کنند. بهره وری یک مددکار اجتماعی ممکن است بر اساس زمان صرف شده برای تکمیل فرایند ارزیابی و مداخله مدنظر قرار گیرد (۱۴). تمرکز بر اندازه گیری یکی از ویژگی های متمایز مدرنیزاسیون می باشد (۱۵). در این مطالعه کشوری با جمع آوری و تحلیل داده های مربوط به فعالیت های مددکاری اجتماعی در بیمارستان های عمومی و تک

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

تخصصی اقدام به تعیین نرم نیروی انسانی کارشناس مددکار اجتماعی مورد نیاز به تفکیک تخت های بستری تخصصی و فوق تخصصی شده است. این روش بر خلاف روش جاری وزارت بهداشت، که بصورت ثابت به ازای هر ۱۰۰ تخت یک نفر مددکار اجتماعی را پیش بینی می کند، با توجه به تفاوت در نیاز گروه های مختلف بیماران به خدمات مددکاری اجتماعی، در برآورد نیروی انسانی از رویکرد مبتنی بر نیاز بیماران استفاده نموده است.

در مقایسه نرم نیروی انسانی مددکار اجتماعی در بخش های مختلف بیمارستان ملاحظه می شود که بیشترین مقادیر مربوط به بیماران بستری در بخش های انکولوژی، روانپزشکی و چشم است. در توجیه آن می توان عوامل تاثیر گذار در تقاضای خدمات مددکاری اجتماعی شامل: میزان وخامت و صعب العلاج بودن بیماری، میزان هزینه های درمان و نیز متوسط اقامت بیماران در بیمارستان اشاره نمود، به طوری که بیماران مبتلا به سرطان بعلت طولانی بودن طول درمان و هزینه های کمرشکن بیشترین نیاز را به خدمات مددکاری اجتماعی دارند(۱۶). دشیلدز و همکارانش (۲۰۲۱) معتقدند که بیماران مبتلا به سرطان با انواع فشارهای روانی و اجتماعی ناشی از بیماری مواجه می شوند اما متاسفانه به دلیل کمبود نیروی متخصص در حوزه ی مددکاری اجتماعی سرطان، بسیاری از خواسته ها و مشکلات این بیماران نادیده گرفته می شود و مشکلات آشکار جسمی یا اقتصادی آنها در اولویت مداخله می باشند (۱۷). در همین زمینه جونز و همکارانش (۲۰۱۸) در مطالعه ای به تعیین استانداردهای حمایت های روانی اجتماعی در کودکان مبتلا به سرطان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که هر پنج کودک مبتلا به سرطان و خانواده شان به حداقل یک مددکار اجتماعی آشنا با مراقبت های تسکینی نیاز دارد تا از حمایت های روانی اجتماعی گسترده، آموزش ها و مشاوره های فردی و خانوادگی نیز استفاده کنند (۱۸). در این مطالعه بیشترین نرم پیش بینی شده تعداد مددکار اجتماعی به ازای یکصد بیمار/تخت اشغال شده مربوط به بخش انکولوژی اطفال با نرم ۵/۴۸ و یا به عبارتی یک مددکار اجتماعی به ازای ۱۸ کودک بستری مبتلا به کانسر می باشد که البته با نرم توصیه شده مطالعه یادشده فاصله دارد. در توجیه این اختلاف می توان به تفاوت در نقش و کارکردهای پیش بینی شده برای مددکاران اجتماعی کشورهای مختلف اشاره نمود (۱۹). بیماران بستری در بخش های روانپزشکی نیز به علت طولانی و مزمن بودن بیماری و نیاز مبرم به حمایت های روانی و اجتماعی، نرم بالا قابل انتظار است. مطالعات شفرد (۲۰۰۴) و فوح (۲۰۲۲) نشان می دهد که بیماران روانی به خدمات گسترده ی مددکاری اجتماعی بویژه در زمینه ی برقراری پیوند مجدد با جامعه و خانواده نیاز دارند و این مداخلات نیازمند ارتباط مستمر و طولانی مدت مددکاران اجتماعی با این بیماران می باشد (۲۰، ۲۱). در خصوص بیماران بستری در بخش چشم، با توجه به قابل مقایسه نبودن وخامت بیماری و یا هزینه های اقتصادی با دو بخش قبلی، مهم ترین عامل تاثیرگذار در نرم مددکار اجتماعی، بالا بودن نسبت گردش تخت و بالطبع ورود بیماران جدید به بخش است، به طوری که میانگین اقامت بیماران در بخش چشم بیمارستان در مقایسه با بخش انکولوژی و بخصوص بخش روانپزشکی بسیار کمتر است. همچنین در سال های اخیر با اتخاذ راهبردهایی همچون راه اندازی بخش های جراحی روزانه شاهد کاهش مدت اقامت بیماران متقاضی جراحی های کاتارکت به یک روز بوده ایم.

در خصوص نرم خدمات مددکاری اجتماعی تخت های ستاره دار، که غالب بیماران کمتر از ۲۴ ساعت نیاز به بستری دارند، مشاهده می شود که حجم خدمات مورد نیاز در بخش های تالاسمی و دیالیز در حداقل است. در توجیه آن می توان به ثابت بودن بیماران بخش های یادشده اشاره نمود که بصورت دوره ای مثلا ماهانه (تالاسمی) و یا دو بار درهفته(دیالیز) برای دریافت خدمات تشخیصی و درمانی مراجعه می کنند. از طرفی نرم مربوط به تخت های شیمی درمانی بیشترین مقدار است که ضمن همخوانی با نرم بخش بستری انکولوژی، موید نیاز بالای مددجویان این گروه به خدمات روانی-حمایتی و نیز اقتصادی است. نتایج مطالعه ی مک گرگور و همکارانش (۲۰۱۸) در یک مرور نظامند نشان داد که مددکاران اجتماعی با ارائه ی آموزش های خود مدیریتی به بیماران مزمن مانند بیماران نیازمند دیالیز، سهم قابل ملاحظه ای در کاهش آلام و مشکلات ناشی از درمان طولانی مدت بیماری را ایفا می کنند و به عنوان رابطی بین بیمار، مرکز درمانی و سیستم های ارائه دهنده ی مراقبت های اجتماعی محسوب می شوند که دسترسی به خدمات و حمایت های اجتماعی مورد نیاز را برای بیمار تسهیل می کنند (۲۲). سو و همکارانش (۲۰۲۱) در مطالعه ی مشابهی نیز به این نتیجه رسیدند که مداخلات بین رشته ای و حضور مددکاران اجتماعی در کنار کادر درمان بویژه برای تسریع روند بهبودی در بیماران مزمن و صعب العلاج مؤثر است اما کمبود نیرو می تواند روند

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

خدمت رسانی و کیفیت آنرا نیز تحت الشعاع قرار دهد (۲۳). و در حوزه ی مراقبت های بهداشتی و درمانی رابطه ی مستقیمی با افزایش هزینه های پرداختی مردم، نارضایتی از سیستم درمانی و محدودیت منابع در دسترس بیماران دارد(۲۴).

این مطالعه ضمن تعیین زمان مورد نیاز برای هر مداخله، نرم نیروی انسانی مددکاری اجتماعی در بیمارستان های دولتی را با توجه به نیازهای متفاوت حمایتی و اجتماعی مددجویان بستری شده و متناسب با نوع نیازهای درمانی تخصصی و فوق تخصصی، تعیین نمود که در برنامه ریزی نیروی انسانی و پرداخت مبتنی بر عملکرد می تواند بسیار موثر باشد. یکی دیگر از نقاط قوت این مطالعه انتخاب نمونه ها از مناطق مختلف جغرافیائی کشور و نیز پوشش تقریباً همه انواع تخت های بیمارستانی بوده است که تعمیم پذیری نتایج را در سطح بیمارستان توجیه پذیر می کند. از مزایای دیگر این مطالعه مشارکت ذینفعان در تدوین فازهای مختلف این مطالعه بود، بطوری که بخش های تخصصی معاونت های درمانی و توسعه وزارت بهداشت در سطح ستادی، دانشگاهی و واحدهای درمانی با هم همکاری داشتند که این موضوع به مطالعه اعتبار بخشید. از نقاط ضعف این مطالعه، می توان به محدود بودن دوره ثبت فعالیت ها در طی دو هفته اشاره نمود، زیرا ممکن است به علت ترکیب متفاوت بیماران از نظر نوع بیماری در سایر بازه های زمانی سال، حجم کار واقعی آنها نیز متفاوت باشد. یکی دیگر از محدودیت ها مربوط به تعداد کم بیمارستان های تک تخصصی در نمونه گیری بود. همچنین اینکه حجم واقعی خدمات و زمان صرف شده برای ارائه به مددجویان صرفاً توسط مددکاران اجتماعی ثبت شده است می بایست در میزان دقت داده ها و تعمیم نتایج احتیاط کرد (۱۶).

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه با توجه به رویکرد مبتنی بر حجم کار و زمان سنجی و نیز همکاری و مشارکت مستقیم سیاستگذاران اصلی (معاونت های درمان و توسعه وزارت بهداشت) به عنوان یک سند ملی مبتنی بر شواهد جهت برآورد نیروی مددکار اجتماعی در مراکز درمانی قابل استناد است. در این مطالعه با توجه به رویکرد مبتنی بر بارکاری واقعی مددکاران اجتماعی، نتایج می توانند بصورت کارا در پاسخ به کمبود نیروی مددکاری اجتماعی در بیمارستان های دولتی استفاده شود(۹). یافته های این مطالعه می تواند فرصتی جهت اصلاح سیاست بکارگیری وزارت بهداشت در خصوص کارشناسان مددکاری باشد.

نرم های استخراج شده می توانند به آسانی جهت برآورد نیروی انسانی مددکاری در سطوح ملی و بیمارستانی استفاده شوند به طوری که با توجه به سهم قابل توجه نیروی انسانی در هزینه‌های بیمارستان، مدیران بیمارستان‌ها با در نظرگرفتن استانداردهای لازم و با استفاده از الگوهای مدیریت منابع انسانی، این بخش از هزینه‌ها را کنترل و با ارتقا کیفیت و اثر بخشی نیروی کار آن را به طور مناسبی مدیریت نمایند (۲۵-۲۴). به نظر می رسد در نبود نرم های نیروی انسانی کارشناسان مددکاری اجتماعی شاهد کم توجهی به جذب و تأمین نیروهای در حیطه‌های امور اجتماعی و خانوادگی مددجویان بویژه بیماران مزمن و صعب العلاج در بیمارستان‌ها هستیم و نگرانی در باره عدم فهم درست از نقش و کارکردهای مددکاران اجتماعی در تیم سلامت وجود دارد (۲۶). در صورتی که مددکاران اجتماعی به عنوان نیروهای بهداشتی درمانی مشغول فعالیت هستند، با مدیریت هزینه‌های درمان از اتلاف منابع و درآمد در بیمارستان‌ها به طور محسوسی پیشگیری می‌کنند و همچنین علاوه بر رضایت گیرندگان خدمت، می‌توانند از طریق کار روی عوامل تأثیر گذار در کاهش بستری مجدد بیماران بخصوص بیماران مزمن در بلند مدت نیز اثرگذار باشند. در انتها پیشنهاد می شود مطالعات بیشتر برای ارزیابی کاربرد نرم ها در بیمارستان های آموزشی و غیرآموزشی انجام شود. همچنین نتایج این مطالعه زمینه مناسبی برای محققان حوزه برنامه ریزی نیروی انسانی جهت تعیین مازاد و یا کمبود نیروی انسانی مددکار اجتماعی در بیمارستان های دولتی فراهم می کند. از طرفی با توجه به پویا بودن عملکرد بیمارستان ها از نظر ترکیب تخت ها و نیز وضعیت اقتصادی اجتماعی و نیز شدت بیماری مددجویان پیشنهاد می شود که کارسنجی خدمات مددکاری اجتماعی بیمارستانی در فواصل زمانی مشخص مثلاً ۳ الی ۵ سال تکرار گردد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل مطالعه مشترک معاونت های درمان و توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ابلاغیه شماره ۲۱۲/۴۱۱/د مورخ ۱۳۹۹/۳/۱۷ است که در حیطه سیاست گذاری در سطح نظام سلامت انجام و مورد بهره برداری قرار گرفت.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]
[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

تضاد منافع

نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

از کلیه مددکاران اجتماعی شاغل در مراکز منتخب این مطالعه سپاسگزاری و قدردانی می شود که درانجام این پژوهش ما را یاری کرده اند.

REFERENCE

1. Organization WH, Research SPo, Reproduction RTiH. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: World Health Organization; 2022.
2. Buchan J, Ball J, O'May F. Determining skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health professionals. 2000.
3. Sanaei far MM, A. Mogharry. Tabatabaei. Estimating the required manpower of the Accelerator Department of Reza Radiotherapy-Oncology Center based on workload index. health Management. 2021;24(1):21-3.
4. Boutwell AE, Johnson MB, Watkins R. Analysis of a social work–based model of transitional care to reduce hospital readmissions: Preliminary data. Journal of the American Geriatrics Society. 2016;64(5):1104-7.
5. Gibbons J, Plath D. Single session social work in hospitals. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy. 2012;33(1):39-53.
6. Judd RG, Sheffield S. Hospital social work: Contemporary roles and professional activities. Social work in health care. 2010;49(9):856-71.
7. Bronstein LR, Gould P, Berkowitz SA, James GD, Marks K. Impact of a social work care coordination intervention on hospital readmission: a randomized controlled trial. Social work. 2015;60(3):248-55.
8. Mizrahi T, Berger CS. Effect of a changing health care environment on social work leaders: Obstacles and opportunities in hospital social work. Social Work. 2001;46(2):170-82. [Persian]
9. Sabzi, M. Javadi, M. Sayar,S. Noruzi, S. Arshi, M. Ostadhashemi, L. Shatta, M. Mohammadi, E. Specialized social work protocols in the health system. Roshd Farhang. 2021;1. [Persian].
10. Mohabati F, Arab M, Tajvar M, Mohaghegh B, Salarian Zadeh MH. Analyzing the Agenda Setting of the Reforming Policy of the Structure of the Central Staff of Medical Universities in Iran in 2013 Using the Model of Multiple Streams of Kingdon. Journal of Contemporary Medical Sciences. 2021;7(5). [Persian].
11. Coquillette M, Cox JE, Cheek S, Webster RA. Social work services utilization by children with medical complexity. Maternal and child health journal. 2015;19:2707-13.
12. Mostaghaci M, Haji Hosseini S, Behnamfar R. Higher Education Spatial Planning Program in Iran and the Role of Centers of Excellences for Medical Sciences: A Way to Achieve to Scientific Authority in the Field of Health. Future of Medical Education Journal. 2016;6(3):41-2. [Persian].
13. Sabzi Khoshnami M, Javadi MH, Noruzi S, Azari Arghun T, Sayar S, Arian M. Planning and Implementing the Protocol for Psychosocial Interventions by Social Workers in Iranian Healthcare Centers against COVID-19. Social Work in Public Health. 2021:1-9. [Persian].
14. Ponnert L, Svensson K. Standardisation—the end of professional discretion? European Journal of Social Work. 2016;19(3-4):586-99.
15. Shore C, Wright S. Governing by numbers: audit culture, rankings and the new world order. Social Anthropology/Anthropologie Sociale. 2015;23(1):22-8.
16. McFadden P, Ross J, Moriarty J, Mallett J, Schroder H, Ravalier J, et al. The role of coping in the wellbeing and work-related quality of life of UK health and social care workers during COVID-19. International journal of environmental research and public health. 2021;18(2):815.
17. Deshields TL, WellsDi Gregorio S, Flowers SR, Irwin KE, Nipp R, Padgett L, et al. Addressing distress management challenges: Recommendations from the consensus panel of the American Psychosocial Oncology Society and the Association of Oncology Social Work. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(5):407-36.
18. Jones B, Currin-Mcculloch J, Pelletier W, Sardi-Brown V, Brown P, Wiener L. Psychosocial standards of care for children with cancer and their families: a national survey of pediatric oncology social workers. Social work in health care. 2018;57(4):221-49.
19. Isaksson J, Lilliehorn S, Salander P. A nationwide study of Swedish oncology social workers: Characteristics, clinical functions, and perceived barriers to optimal functioning. Social work in health care. 2017;56(7):600-14.
20. Sheppard M. Mental health work in the community: theory and practice in social work and community psychiatric nursing: Routledge; 2004.
21. Pfoh ER, Hohman JA, Alcorn K, Vakharia N, Rothberg MB. Linking Primary Care Patients to Mental Health Care via Behavioral Health Social Workers: A Stepped-Wedge Study. Psychiatric Services. 2022:appi. ps. 202100322.
22. McGregor J, Mercer SW, Harris FM. Health benefits of primary care social work for adults with complex health

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]

and social needs: a systematic review. Health & social care in the community. 2018;26(1):1-13.
23. Hsu HT, Chiang YC, Lai YH, Lin LY, Hsieh HF, Chen JL. Effectiveness of multidisciplinary care for chronic kidney disease: a systematic review. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2021;18(1):33-41.
24. Srinivasa D, Siddegowda Y. Rural health care towards a healthy rural India: A social work response. 2018.
25. Nazari A, Salsali M, Ahmadi F. To assess role of staffing in nursing productivity: a qualitative research. Journal of hayat. 2006;12(3):5-15. [Persian].
26. Bogo M, Regehr C, Hughes J, Power R, Globerman J. Evaluating a measure of student field performance in direct service: Testing reliability and validity of explicit criteria. Journal of Social Work Education. 2002;38(3):385-401.

[Downloaded from ioh.iums.ac.ir on 2026-11-29]

[DOI: 10.61186/ioh.20.2.8]