

بخش اول: ساختار، اهداف و کلیات اورژانس اجتماعی (۱۲۳)

۱. اورژانس اجتماعی چیست و با چه هدفی تشکیل شده است؟

پاسخ: اورژانس اجتماعی برنامه‌ای تلفیقی از سازمان بهزیستی کشور است که با هدف مداخله تخصصی، موثر و به موقع در بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی راه‌اندازی شده است. اهداف اصلی آن شامل: جایگزینی مداخله‌های روانی-اجتماعی به جای مداخله‌های قضایی و انتظامی، ارتقای سلامت اجتماعی، پیشگیری از وقوع جرم و آسیب‌های ثانویه، شناسایی کانون‌های آسیب‌زا و در دسترس قرار دادن خدمات تخصصی برای گروه‌های در معرض آسیب است.

۲. چهار رکن و جزء اصلی برنامه اورژانس اجتماعی را نام ببرید و نقش هر کدام را به اختصار بیان کنید.

پاسخ:

۱. مرکز مداخله در بحران فردی، خانوادگی و اجتماعی: بخش مقیم و تخصصی که موارد حاد پس از پذیرش، خدمات تخصصی روان‌شناختی و مددکاری دریافت می‌کنند و در صورت لزوم اسکان موقت می‌یابند.
۲. خط تلفنی ۱۲۳: درگاه ورودی رایگان، شبانه‌روزی و سریع برای پذیرش گزارش‌ها، راهنمایی اولیه و ارجاع.
۳. خدمات سیار اورژانس اجتماعی (خودروهای ۱۲۳): گشت‌زنی در نقاط پرآسیب و اعزام فوری تیم تخصصی (مددکار و روانشناس) به محل حادثه.
۴. پایگاه خدمات اجتماعی: مستقر در سکونت‌گاه‌های غیررسمی و بافت‌های حاشیه‌ای با تمرکز بر پیشگیری و شناسایی زودهنگام در سطح محله.

۳. تفاوت اصلی اورژانس اجتماعی با پلیس ۱۱۰ و اورژانس پزشکی ۱۱۵ چیست؟

پاسخ: اورژانس اجتماعی یک سیستم مداخله تخصصی روانی-اجتماعی (Psychosocial) است و نه انتظامی یا درمانی-پزشکی. تمرکز پلیس بر برقراری نظم، مهار جرم و اجرای قانون است و تمرکز ۱۱۵ بر فوریت‌های حیات جسمانی؛ در حالی که اورژانس اجتماعی به مسائلی نظیر خشونت خانگی، سوءرفتار، خودکشی، بحران‌های فردی و ساماندهی قربانیان آسیب با رویکرد توانمندسازی و حل مسئله روان‌شناختی ورود می‌کند.

۴. چه گروه‌هایی جامعه هدف اصلی اورژانس اجتماعی هستند؟

پاسخ:

- کودکان آزاردیده (کودک‌آزاری)
- همسران آسیب‌دیده یا در معرض آسیب (همسرآزاری)
- سالمندان و معلولان آزاردیده
- افراد با افکار، قصد یا اقدام به خودکشی
- دختران و پسران فراری از منزل
- زنان و دختران در معرض آسیب یا آسیب‌دیده اجتماعی
- مبتلایان به اختلال هویت جنسی (ملال جنسیتی) دارای بحران
- کودکان کار و خیابان
- سایر افراد قرارگرفته در موقعیت بحران حاد فردی یا خانوادگی.

۵. مراحل کلی فرایند مداخله در اورژانس اجتماعی از زمان تماس تا خروج پرونده را شرح دهید.
پاسخ:

1. پذیرش و تریاژ اولیه (ثبت تماس در خط ۱۲۳ یا مراجعه حضوری)
2. ارزیابی فوری خطر و تعیین سطح فوریت (اعزام تیم سیار یا ارجاع به مرکز)
3. مداخله در محل یا انتقال به مرکز مداخله در بحران
4. ارزیابی جامع تخصصی (گزارش مددکاری و روان‌شناختی)
5. تدوین نقشه اقدام (ارائه خدمات درمانی، حقوقی، حمایتی، اسکان موقت)
6. بازتوانی و پیوند با خانواده یا نهادهای حمایتی
7. ترخیص و پیگیری‌های پس از ترخیص. (Follow-up)

بخش دوم: پروتکل‌های تخصصی کودک‌آزاری و همسرآزاری

۶. انواع کودک‌آزاری را نام برده و علائم شایع غفلت را بیان کنید.
پاسخ: کودک‌آزاری شامل جسمی، جنسی، عاطفی/روانی و غفلت است. غفلت شایع‌ترین نوع بوده و شامل کوتاهی عمدی یا مکرر در تامین نیازهای پایدار کودک است. علائم آن: سوءتغذیه شدید، لباس نامناسب با فصل، عدم پیگیری درمان و واکسیناسیون، ترک تحصیل اجباری، رها کردن کودک خردسال در منزل به تنهایی و عدم نظارت بر بهداشت فردی و ایمنی کودک.

۷. در یک تماس مشکوک به کودک‌آزاری جسمی حاد، اولین اقدامات تیم سیار اورژانس چیست؟
پاسخ: ابتدا بررسی وضعیت سلامت جانی و جسمی کودک؛ در صورت وجود جراحات فعال، هماهنگی فوری با اورژانس ۱۱۵ یا انتقال تحت نظارت به مرکز درمانی، ایمن‌سازی محیط، جداسازی کودک از عامل آزار در همان صحنه به شکل آرام و حرفه‌ای، مستندسازی دقیق آثار جراحات و در صورت لزوم هماهنگی با قاضی کشیک جهت اخذ حکم جداسازی فوری.

۸. مصاحبه بالینی با کودک قربانی آزار جنسی چه ملاحظات دارد؟
پاسخ:

- محیط مصاحبه باید کاملاً امن، خلوت و کودک‌پسند باشد.
- از پرسیدن سوالات القایی، بسته یا اتهام‌زننده پرهیز شود؛ سوالات باید بازپاسخ و متناسب با رشد زبانی کودک باشد (مانند: «بعد چی شد؟»).
- تعداد مصاحبه‌ها به حداقل برسد تا از بازتولید تروما (Retraumatization) جلوگیری شود.
- احساس گناه از کودک زدوده شود و به او اطمینان داده شود مقصر نبوده و اکنون در امان است.
- زبان بدن آرام، بدون چهره‌سازی شوکه‌شده یا ترسیده حفظ شود.

۹. در ارزیابی خطر زن آسیب‌دیده از خشونت خانگی (همسرآزاری)، چه شاخص‌هایی سطح خطر کشته‌شدن یا آسیب شدید را نشان می‌دهند؟

پاسخ:

- سابقه تهدید با سلاح گرم یا سرد

- سابقه اقدام یا خفه کردن (Strangulation) قربانی
- توهم یا سوءمصرف شدید مت‌آمفتامین (شیشه) و محرک‌ها در همسر
- سواس بیمارگونه و حسادت پارانوئید شدید همسر
- بارداری زن در زمان اعمال خشونت
- اخطار صریح مرد مبنی بر این که «اگر ترکم کنی، تو و بچه‌ها را می‌کشم.»

۱۰. مفهوم «چرخه خشونت (Cycle of Violence)» لنور واکر را توضیح دهید و بگویید چرا در ارزیابی همسرآزاری اهمیت دارد؟

پاسخ: این چرخه شامل سه مرحله است:

1. مرحله ایجاد تنش (افزایش اصطکاک و کنایه‌های کلامی)
 2. مرحله وقوع حادثه حاد خشن (فوران پر خاشگری فیزیکی یا کلامی شدید)
 3. مرحله ماه‌عسل/آرامش (اظهار پشیمانی، عذرخواهی، هدایا و وعده تغییر)
- اهمیت آن در این است که مددکار متوجه می‌شود قربانی در مرحله سوم ممکن است از شکایت یا پناهگاه منصرف شود که به دلیل امید واهی و ناآگاهی از ماهیت دوره‌ای خشونت است.

۱۱. منظور از «برنامه ایمنی (Safety Plan)» برای قربانی همسرآزاری چیست؟

پاسخ: نقشه و راهکاری شخصی‌سازی شده برای قربانی است که بداند در شرایط اوج‌گیری خشونت چگونه جان خود و کودکانش را نجات دهد: حفظ مدارک هویتی و مقداری پول نقد در مکانی امن و در دسترس، داشتن کلید یدک، شناسایی مسیرهای فرار از منزل، تعریف یک کلمه رمزی برای اطلاع‌رسانی به همسایه یا دوست جهت خبر کردن پلیس و اورژانس اجتماعی، و شماره‌گیری سریع اورژانس ۱۲۳.

بخش سوم: مداخله در بحران خودکشی

۱۲. مثلث ارزیابی خطر خودکشی شامل چه مواردی است؟

پاسخ:

1. فکر خودکشی (Ideation): وجود، فراوانی و شدت افکار مرگ.
2. قصد (Intent): میزان تصمیم و جدیت فرد برای پایان دادن به زندگی.
3. برنامه و ابزار (Plan & Means): مشخص بودن روش، زمان، دسترسی فوری به ابزار (قرص، سلاح، بلندی، سموم)

۱۳. باور نادرست «صحبت کردن مستقیم درباره خودکشی، احتمال اقدام را در فرد بالا می‌برد» را نقد کنید.

پاسخ: این یک باور کاملاً غلط است. شواهد علمی نشان می‌دهد پرسش مستقیم و محترمانه از فرد («آیا به آسیب زدن به خود یا پایان دادن به زندگی‌ات فکر می‌کنی؟») باعث آرامش او می‌شود؛ زیرا حس می‌کند کسی بالاخره رنج غیرقابل‌تحمل او را بدون قضاوت درک کرده است و بار روانی پنهان‌کاری کاهش می‌یابد.

۱۴. در مواجهه با فردی که بالای یک پل یا ساختمان قصد پرش دارد، چه اصولی در مهارت ارتباطی باید رعایت شود؟

پاسخ:

- حفظ فاصله ایمن و عدم تحرک ناگهانی.
- معرفی شفاف خود با لحنی آرام، یکنواخت و محترمانه.
- برقراری ارتباط چشمی در حد معقول بدون رفتارهای تحریک کننده.
- گوش دادن فعال و بازگویی احساسات فرد («می‌دانم درد بزرگی را تحمل می‌کنی و خسته‌ای»)
- عدم سرزنش، عدم موعظه دینی یا اخلاقی در آن لحظه («فکر مادرت نیستی؟ گناه است»)
- به دست آوردن زمان (Time buying) تا نیروهای آتش‌نشانی و امدادی موقعیت مهار را مهیا کنند.

۱۵. «قرارداد عدم خودکشی (No-suicide Contract) چیست و چه جایگاهی دارد؟

پاسخ: توافقی صریح و ترجیحاً مکتوب میان درمانگر/ممدکار و مراجع است که طی آن مراجع تعهد می‌دهد پیش از انجام هرگونه اقدام آسیب‌رسان به خود تا زمان جلسه بعدی یا فرارسیدن زمان مشخص، با درمانگر یا خط ۱۲۳ تماس بگیرد. این ابزار به تنهایی تضمین‌کننده امنیت نیست اما تعهد درمانی و کنترل تکانه را ارتقا می‌دهد.

۱۶. پس از اقدام ناموفق به خودکشی، اولین اولویت اورژانس اجتماعی چیست؟

پاسخ: ابتدا ارجاع و اعزام به مراکز درمانی مسمومیت/تروما جهت حفظ علائم حیاتی؛ پس از تثبیت جسمانی، ارزیابی روانپزشکی فوری از نظر ریسک اقدام مجدد، بررسی وجود اختلالات روان‌پزشکی زمینه‌ای (افسردگی اساسی، دوقطبی، سایکوز) و آغاز مداخلات خانواده‌درمانی و مددکاری.

بخش چهارم: مباحث حقوقی، تکالیف قانونی و دستورالعمل‌ها

۱۷. طبق قانون حمایت از اطفال و نوجوانان (مصوب ۱۳۹۹)، وظیفه مأموران اورژانس اجتماعی در مواجهه با موارد «وضعیت مخاطره‌آمیز» چیست؟

پاسخ: بر اساس این قانون، مددکاران اورژانس اجتماعی گزارش‌دهنده و مداخله‌گر رسمی تلقی می‌شوند. آنها موظفند در صورت مشاهده وضعیت مخاطره‌آمیز (سوءرفتار، غفلت، آزار، ترک تحصیل، فروش یا بهره‌کشی)، فوراً گزارش را ثبت و در موارد خطر شدید و قریب‌الوقوع جانی، پس از اخذ دستور قضایی (یا اقدام فوری و گزارش متعاقب در شرایط اضطرار شدید طبق ضوابط قانون)، کودک را به مکان امن انتقال دهند.

۱۸. در چه مواردی تیم اورژانس اجتماعی حق ورود به منزل بدون حکم صریح دادستان را ندارد؟

پاسخ: ورود به حریم خصوصی اشخاص (منزل مسکونی) بدون اجازه صاحب‌خانه طبق اصل ۲۲ قانون اساسی و قانون آیین دادرسی کیفری ممنوع است مگر با دستور صریح مقام قضایی (دستور ورود به مخفیگاه). حتی در اورژانس اجتماعی، در صورت مقاومت افراد، هماهنگی فوری با قاضی کشیک از طریق نیروی انتظامی برای اخذ دستور ورود الزامی است.

۱۹. مسئولیت مدنی و کیفری مددکار اورژانس اجتماعی در صورت گزارش نادرست یا افشای اسرار مراجع چیست؟

پاسخ: افشای اسرار مراجعان بدون حکم قانونی، طبق ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی جرم بوده و مشمول مجازات حبس یا جزای نقدی است. از طرفی، در صورت گزارش با سوءنیت کذب که منجر به هتک حیثیت یا آسیب شود، مسئولیت مدنی و کیفری متوجه شخص گزارش‌دهنده خواهد بود؛ اما گزارش‌های تخصصی بر مبنای حسن نیت و وظیفه قانونی مصونیت حرفه‌ای دارند.

۲۰. تفاوت «سرپرستی موقت» توسط بهزیستی با «سلب حضانت دائمی» چیست؟
پاسخ: سرپرستی موقت مداخله‌ای اضطراری با دستور قضایی جهت حفظ امنیت فوری طفل است که کودک تا تعیین تکلیف نهایی شرایط خانواده در مراکز بهزیستی نگهداری می‌شود. سلب حضانت دائمی نیازمند حکم قطعی دادگاه خانواده و بررسی سلب صلاحیت دائم والدین (به دلیل اعتیاد حاد، جنون، فساد اخلاقی شدید یا آزار مداوم) است.

۲۱. طبق قانون، آیا گزارش خشونت‌های خانگی توسط کادر درمان یا آموزش و پرورش به اورژانس اجتماعی اجباری است؟
پاسخ: بله؛ طبق ماده ۱۷ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان، تمام مسئولان، معلمان، کادر درمان و مددکاران در صورت مشاهده نشانه‌های آزار، شکنجه یا خطر برای کودک، مکلف به گزارش فوری به مراجع قضایی یا اورژانس اجتماعی هستند و استنکاف از آن جرم محسوب شده و مجازات دارد.

بخش پنجم: دختران و زنان در معرض آسیب / فرار از منزل

۲۲. دلایل عمده روان‌شناختی و جامعه‌شناختی فرار دختران از منزل چیست؟
پاسخ:

-خشونت خانگی مستمر (فیزیکی، عاطفی، تحقیر، محدودیت‌های فراقانونی و سخت‌گیرانه)
-تعارض‌های والد-فرزندی و شکاف نسلی عمیق
-آزار جنسی در بستر خانواده توسط محارم یا اقوام
-ازدواج اجباری یا زودهنگام
-فریب و اغوا در فضای مجازی یا توسط گروه‌های بزه‌کار
-سوءمصرف مواد یا اختلالات روانی درمان‌نشده.

۲۳. پروتکل پذیرش دختری که شبانه از شهرستان به ترمینال تهران فرار کرده چیست؟
پاسخ: شناسایی و جذب توسط تیم سیار مستقر در پایانه، انتقال محترمانه و امن به مرکز مداخله در بحران، برآورده‌سازی نیازهای زیستی اولیه (غذا، استراحت، بهداشت)، ثبت اطلاعات اولیه با جلب اعتماد، تریاژ روانی و سنجش وجود آسیب‌های جسمی/جنسی احتمالی، ثبت واقعه در سامانه، اطلاع به قاضی کشیک و پرهیز از تماس شتاب‌زده با خانواده تا زمان تثبیت وضعیت و ارزیابی سطح خطر بازگشت.

۲۴. «خانه سلامت» و «مرکز مداخله در بحران» بهزیستی چه تفاوتی از حیث کارکرد دارند؟
پاسخ: مرکز مداخله در بحران محل اقامت و ارزیابی بسیار فوری و موقت (کوتاه‌مدت حداکثر ۲۰ روز تا نهایتاً تمدید محدود) برای تمام مراجعان بحرانی است. «خانه سلامت» مرکزی تخصصی‌تر برای نگهداری و توانمندسازی میان‌مدت و بلندمدت دختران در معرض آسیب فاقد سرپرست موثر یا غیرقابل بازگشت به خانواده است تا شرایط استقلال یا ازدواج و اشتغال آنان فراهم شود.

۲۵. در مواجهه با زنی که از آسیب همسر فرار کرده و تمایلی به بازگشت ندارد، روند اسکان و ساماندهی چگونه است؟
پاسخ: زن ابتدا در مرکز مداخله در بحران پذیرش می‌شود. پس از بررسی خطرات، به «خانه امن» بهزیستی ارجاع می‌گردد. در خانه امن خدمات روان‌شناسی، حقوقی (جهت مطالبه حقوق یا نفقه)، مهارت‌آموزی و اسکان امن همراه با فرزندان خردسال ارائه می‌شود تا مسیر جدایی قانونی یا بازگشت امن همراه با اخذ تعهدات قانونی طی شود.

بخش ششم: اعتیاد، کودکان کار و خیابان، و اختلالات روان‌پزشکی

۲۶. در مواجهه با کودک خیابانی، رویکرد اورژانس اجتماعی «جمع‌آوری» است یا «جذب و شناسایی»؟ چرا؟
پاسخ: رویکرد تخصصی بهزیستی «جذب، شناسایی و توانمندسازی» است و نه جمع‌آوری ضربتی و پلیسی. جمع‌آوری ضربتی ترومای روانی ایجاد کرده و کودک را به لایه‌های مخفی‌تر و پنهان‌تر جامعه می‌راند؛ در حالی که جذب با رویکرد جلب اعتماد، شناسایی خانواده و آسیب‌شناسی وضعیت کودک (مشکل معیشت، اعتیاد والدین یا باندهای بهره‌کشی) به سمت بازتوانی پایدار حرکت می‌کند.

۲۷. پروتکل برخورد با مراجع اورژانس اجتماعی که مصرف‌کننده مت‌آمفتامین (شیشه) و دارای توهّمات گزند و آسیب است، چیست؟
پاسخ:

- رعایت فاصله فیزیکی امن، عدم بستن مسیر خروج، نبود وسایل برنده در دسترس.
- لحن آرام و صریح؛ عدم تایید هذیان‌ها و همزمان عدم تمسخر یا بحث منطقی با او («می‌دانم تو حس می‌کنی در خطری، اما من اینجا هستم که امنیتت حفظ بشه»)
- هماهنگی فوری با اورژانس ۱۱۵ و پلیس ۱۱۰ جهت انتقال ایمن به بخش روان‌پزشکی بیمارستان برای کنترل دارویی حاد.
- پرهیز از رفتارهای تهاجمی یا مهار فیزیکی انفرادی توسط مددکار.

۲۸. در صورتی که نوزادی از مادر دارای اعتیاد متولد شود، مداخله اورژانس اجتماعی چگونه آغاز می‌شود؟
پاسخ: گزارش از طریق مددکاری بیمارستان به خط ۱۲۳ داده می‌شود. مددکار اورژانس اجتماعی پس از حضور، گزارش وضعیت اعتیاد مادر و توانایی نگهداری نوزاد را تهیه می‌کند. ترخیص نوزاد متوقف شده و با دستور دادستان سرپرستی موقت نوزاد به بهزیستی (شیرخوارگاه) واگذار می‌شود تا مادر دوره سم‌زدایی را سپری و بازتوانی شود.

بخش هفتم: اصول ارتباط، مصاحبه و اخلاق حرفه‌ای

۲۹. اصل «پذیرش بدون قید و شرط» در کار با آسیب‌دیدگان اجتماعی به چه معناست؟
پاسخ: به معنای احترام به کرامت انسانی مراجع بدون توجه به گذشته، نوع جرم، ظاهر، سوءمصرف مواد یا رفتارهای پرخطر او است. این به معنای تایید رفتارهای مخرب مراجع نیست، بلکه تفکیک هویت انسانی او از عمل نامناسبش است تا بستر درمان و پذیرش فراهم شود.

۳۰. اصل رازداری (Confidentiality) در چه موقعیت‌هایی در اورژانس اجتماعی شکسته می‌شود؟
پاسخ:

۱. تهدید جدی و فوری مراجع علیه جان خود (خطر خودکشی قریب‌الوقوع)
۲. تهدید مشخص و جدی علیه جان دیگران (قصد قتل یا آسیب جدی به شخصی خاص).

3. موارد حاد کودک‌آزاری یا آزار ناتوانان ذهنی/سالمندان.

4. حکم مستقیم و رسمی مراجع قضایی.

۳۱. پدیده «انتقال (Transference)» و «انتقال متقابل (Counter-transference)» چیست و مددکار چگونه باید آن را مهار کند؟

پاسخ:

-انتقال: فرافکنی احساسات، تجارب و خشم‌های گذشته مراجع از افراد مهم زندگی‌اش به سمت مددکار.

-انتقال متقابل: واکنش احساسی، خشم، دلسوزی افراطی یا بی‌زاری ناخودآگاه مددکار نسبت به مراجع به دلیل تروماها و تجارب حل‌نشده خودش.

-مهار: با خودآگاهی هیجانی، داشتن سوپرویزن (Supervision) مستمر، جلسات بازخورد با همکاران و ارجاع پرونده در صورت عدم توانایی در بی‌طرفی.

۳۲. مفهوم «فرسودگی شغلی (Burnout)» و «ترومای ثانویه (Vicarious Traumatization)» در کارکنان اورژانس چیست؟

پاسخ: قرار گرفتن روزانه در معرض رنج، شکنجه، خودکشی و فقر شدید مراجعان، کارکنان را مستعد ترومای ثانویه (تجربه علائم PTSD ناشی از شنیدن تروماهای دیگران) و فرسودگی شغلی (خستگی مفرط عاطفی، مسخ شخصیت و افت کارآمدی) می‌کند. پیشگیری نیازمند مراقبت از خود (Self-care)، ورزش، تفکیک مرز کار و زندگی و روان‌درمانی فردی کادر است.

۳۳. مهارت «انعکاس احساسات» چه کاربردی در آرام‌سازی مراجع در وضعیت آژیتاسیون دارد؟

پاسخ: با بیان شفاف هیجان جاری مراجع («به نظر می‌رسد به شدت عصبانی و ناامید هستی و فکر می‌کنی کسی صدايت را نمی‌شنود»)، احساس دیده‌شدن و درک‌شدن به فرد منتقل می‌شود. این کار مغز هیجانی (آمیگدال) را آرام کرده و زمینه را برای تفکر منطقی در کورتکس پیش‌پیشانی باز می‌کند.

۳۴. مفهوم «توانمندسازی» در مددکاری اجتماعی به چه معناست؟

پاسخ: یعنی پرهیز از رویکرد قیّم‌آبانه یا ایجاد وابستگی مراجع به بهزیستی؛ در عوض، افزایش توان مراجع برای کشف منابع درونی، تصمیم‌گیری مستقل، مهارت‌آموزی، حل مسئله و هدایت او به استقلال معیشتی و روانی.

بخش هشتم: ابزارها، اسناد و گزارش‌نویسی تخصصی

۳۵. اجزای اصلی یک «گزارش مددکاری» برای مراجع قضایی چیست؟

پاسخ:

-مشخصات دموگرافیک مراجع و خانواده.

-علت ارجاع و تاریخچه بحران.

-وضعیت مسکن، درآمد و محیط سکونت.

-بررسی شبکه روابط خانوادگی و ژنوگرام (Genogram).

-یافته‌های حاصل از بازدید منزل و مشاهدات عینی.

-تشخیص و ارزیابی تخصصی روانی-اجتماعی.
-پیشنهادهای کاربردی و مستدل جهت تصمیم‌گیری مقام قضایی.

۳۶. «اکومپ» چیست و چه کاربردی در اورژانس اجتماعی دارد؟
پاسخ: ابزاری ترسیمی است که ارتباطات فرد و خانواده‌اش را با جهان پیرامون (مدرسه، محل کار، نهادهای حمایتی، دوستان، دادگاه، شبکه درمانی) نشان می‌دهد و شدت، ضعف، تعارض یا حمایت‌گری این پیوندها را به تصویر می‌کشد تا نقاط ضعف و قوت حمایتی مراجع مشخص شود.

۳۷. «ژنوگرام» (شجره‌نامه خانوادگی) چه اطلاعاتی به تیم اورژانس اجتماعی می‌دهد؟
پاسخ: نمایش تصویری ساختار زیستی و روانی خانواده در حداقل ۳ نسل گذشته است که الگوهای تکرارشونده رفتاری مانند اعتیاد، سابقه خودکشی، الگوهای طلاق، خشونت خانگی، و ائتلاف‌ها یا تعارض‌های درون‌خانوادگی را برملا می‌کند.

۳۸. بازدید منزل در اورژانس اجتماعی با چه اهدافی و چگونه انجام می‌شود؟
پاسخ: هدف، اعتبارسنجی گفته‌های مراجع، مشاهده شرایط واقعی زیست، بررسی نشانه‌های خطر، ارتباط با همسایگان و بستگان نزدیک است. باید با هماهنگی تیم، در ساعات مناسب، با رعایت ادب و اصول حفاظتی صورت گیرد؛ تیم باید حداقل دوفره باشد.

بخش نهم: سناریوهای عملی و تحلیل موقعیت‌های بحرانی

۳۹. سناریو ۱: پدری دختر ۱۵ ساله خود را به بهانه ارتباط با جنس مخالف در اتاق حبس کرده و تهدید به قتل می‌کند. مداخله شما چیست؟
پاسخ:

-تلقی شرایط به عنوان تهدید حیات با سطح فوریت بالا.
-اعزام فوری تیم سیار اورژانس به همراه ضابط قضایی (نیروی انتظامی).
-حضور در محل و مذاکره اولیه جهت تنش‌زدایی و جلوگیری از آسیب آنی.
-اخذ دستور فوری قضایی برای ورود و جداسازی دختر نوجوان.
-انتقال دختر به مرکز مداخله در بحران و ارائه خدمات روان‌شناختی بحران به پدر و دختر به صورت مجزا؛ پیگیری قضایی تا زمان اطمینان از رفع خطر جانی.

۴۰. سناریو ۲: مردی از پشت تلفن خط ۱۲۳ می‌گوید قرص خورده و ۱۰ دقیقه دیگر کارش تمام است. چه می‌کنید؟
پاسخ:

-حفظ خونسردی کامل و گوش دادن فعال جهت نگه داشتن فرد روی خط.
-عدم قطع تماس تحت هیچ شرایطی و ایجاد امید و تاخیر در رفتار.
-درخواست آرام برای کسب آدرس یا نشانه از محل حضورش.
-همزمان اشاره به همکار حاضر در مرکز جهت ردگیری شماره و هماهنگی اورژانس ۱۱۵ و پلیس ۱۱۰ برای اعزام به موقعیت.
-پرسیدن نام دارو و تعداد مصرف‌شده جهت اعلام به عوامل اورژانس درمانی.

۴۱. سناریو ۳: مادری معتاد نوزاد دوماهه خود را در سرما برای تکدی‌گری کرایه می‌دهد. اقدام قانونی و تخصصی چیست؟
پاسخ:

- این عمل مصداق بارز بهره‌کشی اقتصادی و مخاطره شدید طبق قانون حمایت از اطفال است.
- اعزام تیم سیار با همراهی پلیس، ثبت مستندات بصری و گزارش میدانی.
- انتقال فوری نوزاد به مرکز درمانی جهت ارزیابی سلامتی جسمی.
- اخذ دستور قضایی از دادیار/دادستان کشیک جهت سلب موقت حضانت و ارجاع به شیرخوارگاه.
- هدایت مادر به کمپ ماده ۱۶ یا مراکز کاهش آسیب زنان (DIC).

۴۲. سناریو ۴: همسایه‌ای گزارش می‌دهد از خانه کناری صدای گریه و ناله‌های شدید کودک می‌آید. خانواده در را باز نمی‌کنند.
اقدام چیست؟

پاسخ: تیم اورژانس اجتماعی به محل رفته، زنگ زده و در صورت عدم بازگشایی و شنیدن صدای استمداد یا شواهد خطر، راساً اقدام به شکستن در نمی‌کند؛ بلکه از طریق تماس با ۱۱۰ و گزارش به قاضی کشیک، درخواست دستور ورود به عنف کرده و همراه با ماموران انتظامی وارد منزل شده و وضعیت کودک را معاینه و در صورت آسیب منتقل می‌کنند.

۴۳. سناریو ۵: فرد ترنسجندری (ملال جنسیتی) که توسط خانواده طرد شده و اقدام به خودزنی کرده مراجعه نموده است. مداخله چیست؟

پاسخ:

- پذیرش همدلانه و بدون قضاوت فرد با هویت جنسیتی مورد ادعایش.
- پانسمان و رسیدگی به جراحات خودزنی و ارزیابی ریسک خودکشی.
- اسکان موقت در مرکز بحران در صورت نداشتن پناهگاه.
- ارجاع به روانپزشک و پزشکی قانونی جهت طی مراحل ارزیابی تخصصی تطبیق جنسیت.
- جلسات مشاوره با خانواده جهت کاهش تعارضات و افزایش آگاهی و پذیرش والدین.

۴۴. سناریو ۶: دختری که چند روز قبل به دلیل خودکشی در بیمارستان بستری بوده، دوباره ترخیص شده و به ۱۲۳ زنگ می‌زند و گریه می‌کند. اقدام چیست؟

پاسخ:

- تماس را یک وضعیت بحرانی با احتمال بالای اقدام مکرر تلقی می‌کنیم (بالاترین ریسک خودکشی در روزها و هفته‌های اول بعد از ترخیص است)

- استفاده از مهارت‌های همدلی و آرام‌سازی تلفنی.
- شناسایی شبکه حامی یا فرد امن در کنار او.
- هماهنگی برای حضور فوری تیم سیار در محل یا متقاعد کردن او برای آمدن به مرکز مداخله در بحران همراه یک همراه امن.
- بازبینی نقشه ایمنی و پیگیری ویزیت روانپزشک جهت مداخله دارویی.

بخش دهم: چالش‌ها، همکاری‌های بین‌بخشی و سناریوهای خاص

۴۵. مقاومت مراجع (Resistance) در مصاحبه‌های اورژانس به چه عللی رخ می‌دهد و چگونه باید مدیریت شود؟
پاسخ: علل شامل ترس از مجازات، بی‌اعتمادی به سیستم دولتی، تجارب منفی قبلی، و انگ اجتماعی است. برای مدیریت آن: شفاف‌سازی نقش حمایتی بهزیستی و عدم وابستگی به نهادهای کیفری، اعطای حق انتخاب در مسائل جزئی به مراجع، گوش دادن بدون قضاوت و به رسمیت شناختن احساس خشم یا ترس او.

۴۶. چالش تعارض بین «مصلحت عالی کودک» و حفظ ساختار خانواده را شرح دهید.
پاسخ: اصل بنیادین مددکاری اجتماعی بازگشت کودک به خانواده است؛ اما هرگاه ماندن در خانواده سلامت جانی، جنسی یا روانی کودک را تهدید کند، مصلحت عالی کودک بر حفظ یکپارچگی ظاهری خانواده مقدم است و کودک باید موقتاً یا دائماً جدا شود.

۴۷. نقش سازمان‌های همکار اورژانس اجتماعی (پلیس، دادگستری، علوم پزشکی، هلال احمر، شهرداری) چیست؟
پاسخ:

- پلیس: تامین امنیت تیم، ورود قانونی به اماکن در موارد بحرانی و بازداشت مجرمان.
- دادگستری: صدور دستورات فوری قضایی، سلب حضانت و حمایت قانونی.
- دانشگاه علوم پزشکی (۱۱۵ و بیمارستان‌ها): درمان حاد جسمی، شستشوی معده و بستری روان‌پزشکی.
- شهرداری: جمع‌آوری متکدیان و کودکان کار و فراهم آوردن زیرساخت‌های مددسراها و گرمخانه‌ها.

۴۸. در برخورد با نزاع‌های دسته‌جمعی یا خشونت‌های محله‌ای در مناطق حاشیه‌نشین، مداخله خودروی ۱۲۳ چگونه است؟
پاسخ: امنیت جانی پرسنل در اولویت نخست است. تیم سیار تا زمان استقرار پلیس ۱۱۰ و برقراری امنیت محیط، وارد کانون درگیری فیزیکی نمی‌شود. پس از آرام‌سازی جو توسط نیروهای انتظامی، تیم ورود کرده و به بررسی آسیب‌های کودکان و زنان حاضر در صحنه می‌پردازد.

۴۹. ویژگی‌های روان‌شناختی مورد نیاز برای یک کارشناس اورژانس اجتماعی چیست؟
پاسخ:

- تاب‌آوری روانی بالا در برابر استرس و تروما
- ثبات عاطفی و مهارت کنترل خشم و تکانه
- هوش هیجانی و همدلی بالا همراه با توانایی حفظ مرزهای حرفه‌ای
- تفکر انتقادی و توان تصمیم‌گیری سریع در کسری از ثانیه
- توانایی کار تیمی و هماهنگی بین‌بخشی.

۵۰. «تثبیت بحران» چیست و چه فنونی دارد؟
پاسخ: مجموعه‌ای از مهارت‌های کلامی و غیرکلامی جهت کاهش شدت هیجانات خشم و پرخاشگری مراجع از سطح خطرناک به سطح قابل مذاکره است. فنون آن شامل:

- حفظ لحن ملایم، شمرده و بدون لحن سرزنش یا دستور.
- ایستادن با زاویه (نه روبه‌رو به شکل تهدیدآمیز) و باز نگه داشتن دست‌ها.
- هم‌نوازی کلامی با حس ناکامی مراجع («می‌فهمم حق داری ناراحت باشی»)
- دادن فضا و زمان به مراجع و اجتناب از محاصره فیزیکی او.