

مقدمه

تا قبل از سال ۱۹۵۹، ایست قلبی و تنفسی بدون هیچ تردید و ابهامی به عنوان مرگ پذیرفته می شد. به دنبال تغییرات تکنولوژی، تعریف مجددی از مرگ با عنوان مرگ مغزی ظهور کرد. فرد مرگ مغزی، فعالیت های قشر و ساقه مغز خود را از دست داده و احتمال بازگشت وجود ندارد. آکادمی نورولوژی آمریکا مرگ مغزی را "عدم حضور عملکرد بالینی مغز وقتی که علت مستقیم آن شناخته شده و غیرقابل بازگشتن آن قابل اثبات باشد" تعریف کرده است.

آنچه قابل تامل است این است که مفهوم و استنباط های مربوط به پدیده مرگ مغزی، انتظار افراد و خانواده های دارای فرد مرگ مغزی شده را از مفهوم مرگ و مردن برآورده نمی سازد و باعث ایجاد استرس فراوان و تنش عاطفی شدید در خانواده می گردد. درحقیقت درک خانواده از مرگ مغزی همواره با تعاریف قانونی و پزشکی همخوانی نداشته و برداشت خانواده از این مفهوم با پدیده هایی نظیر کما و زندگی نباتی تداخل دارد.

مفهوم مرگ مغزی برای خانواده عمدتاً مفهومی پر تناقض و ابهام بوده و در واقع مواجه شدن با تشخیص مرگ مغزی یکی از عزیزان برای خانواده به معنی وارد شدن در فضایی پر از چالش، تضاد، ابهام و تعارض همراه با حس دردناک سوگ قریب الوقوع است که با بروز عواطف غم افزای سوگ و بعضاً واکنش های روانشناختی دفاعی نیز پیچیده تر می شود. این لحظات دشوار و پیچیده با درخواست اهدای اعضای فرد مرگ مغزی از خانواده تشدید شده و بار هیجانی زیادی به خانواده وارد می کند. توجه به شرایط روانی خانواده و نیازهای هیجانی آنها توسط متخصصین می تواند خانواده را برای طرح بحث اهدا آماده کند. اعضای تیم درمان باید نسبت به حساسیت ها و واکنش های خانواده آگاه باشند و عکس العمل مناسب نشان دهند. مطالعات نشان داده یکی از عوامل تاثیرگذار بر اعلام رضایت خانواده نحوه برخورد کادر درمان و پرسنل بیمارستان با خانواده است.

وقوع مرگ مغزی یکی از مواردی است که تیم درمانی را در بخش های مراقبت ویژه دچار استرس می کند و در این شرایط می توانند آشفتگی روحی خود را به خانواده فرد مرگ مغزی منتقل نمایند. علاوه بر نحوه رفتار اعضای تیم درمان، عوامل فردی، بین فردی و موقعیتی دیگری نیز می تواند در تصمیم گیری خانواده در خصوص اهدا موثر باشد. برخی اعتقادات مذهبی، استرس و خلق ناپایدار خانواده در زمان شنیدن خبر بد، اعتقاد به حفظ یکپارچگی بدن و نگرانی نسبت به بی احترامی به بدن فرد، انتظار وقوع معجزه برای برگشت عملکرد مغز، نگرانی از فروش اعضای بدن، فرسودگی ناشی از مراقبت طولانی مدت، عدم شناخت گیرنده عضو و میزان اطلاعات دریافت شده درخصوص مرگ مغزی و اهدا می تواند فرایند رضایت گیری را با مشکل مواجه کند.

از سوی دیگر عواملی نظیر تجربه مثبت قبلی از اهدا، اطلاع از قصد فرد مرگ مغزی شده در خصوص اهدا، توافق کامل بین اعضای خانواده، کسب اطلاعات کامل و قابل اعتماد، اعتقاد به ارزشمندی اهدا برای حیات بخشی به فرد دیگر و حمایت روانی مناسب از خانواده قبل از رضایت گیری در اعلام رضایت خانواده موثر بوده اند.

همچنین آمادگی ذهنی اعضای خانواده و پذیرش مرگ مغزی از جمله عوامل موثر در اهدا عضو است. شناسایی اعضای کلیدی تاثیرگذار در شبکه خویشاوندی و اجتماع خانواده نظیر بستگان، دوستان، پزشکان معتمد، روحانیون و علما نیز می تواند به عنوان میانجی های تاثیرگذار بر تصمیم گیری، فرایند رضایت گیری را تسهیل کند.

مددکاران اجتماعی یکی از اعضای تیم تخصصی اهدا هستند که از ابزارهایی چون ارزیابی، حمایت یابی، مشارکت در تیم درمان، مشاوره، مداخله در بحران و مهارت های ارتباطی بهره می گیرند تا خانواده فرد مرگ مغزی شده را در شرایط فقدان ناگهانی، اندوه و سوگ یاری رسانند.

در برخی از کشورها مددکاران اجتماعی در قالب مدیریت مورد اهدا از ابتدای فرایند تشخیص مرگ مغزی تا رضایت گیری و حمایت های روانی اجتماعی پس از آن مسئولیت کامل ارتباط با خانواده فرد مرگ مغزی شده، ارزیابی روانی اجتماعی، حمایت گری و پیگیری ر را به عهده دارند. آنها به عنوان متخصصان پویایی خانواده، میانجی گری و سوگ و داغداری به طور مناسب در تیم اهدا قرار می گیرند تا نه تنها فرایند دریافت رضایت آگاهانه از نزدیکان فرد مرگ مغزی شده را به خوبی هدایت کنند، بلکه کلیت خانواده را در تصمیم گیری یاری رسانند. تجربیات میدانی نشان می دهد با توجه به بافتار جامعه ایران، بسیاری از خانواده های اهداکننده تا ماه ها پس از اهدا نیاز به حمایت دارند، به ویژه اگر سرپرست خود را از دست داده باشند.

در این راهنما سعی شده است با توجه به اهمیت نقش حمایتی مددکاران اجتماعی در فرایند اهدا و پیوند عضو، شیوه عمل مددکار اجتماعی در مراحل مختلف قبل اهدا، حین اهدا و پس از اهدا بر اساس چارچوب های حرفه ای مددکاری اجتماعی بیان شود. بی تردید اجرای این راهنما تنها توسط مددکاران اجتماعی دانش آموخته این رشته و با تکیه بر دانش و مهارت های مددکاری اجتماعی امکان پذیر خواهد بود.

اهداف مداخله

- همدلی با اعضای خانواده فرد مرگ مغزی و تلاش برای جلب نظر خانواده برای اهدا
- پیشگیری از اختلال سوگ و درمان نشانگان اختلال سوگ در اعضای خانواده فرد مرگ مغزی
- تقویت شبکه حمایتی در اعضای خانواده فرد مرگ مغزی
- تلاش و پیگیری برای اعضا خانواده فرد مرگ مغزی جهت حمایت های اقتصادی

- دستیابی اعضای خانواده فرد مرگ مغزی به عملکرد عادی با تأکید بر تعامل بین فردی، تقویت روابط زناشویی، مراقبت از کودکان و نوجوانان

ارکان طرح:

۱- شورای سیاست گذاری:

این شورا شامل نمایندگان مرکز مدیریت پیوند، اداره مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت و انجمن اهدای عضو ایرانیان می باشد که مسئولیت آن، تصویب شیوه نامه، پروتکل و تعیین سیاست ها و خط مشی های فرایند مددکاری اجتماعی اهدای عضو است.

۲- مرکز مدیریت پیوند وزارت بهداشت:

این مرکز در این فرایند، مسئولیت های زیر را بر عهده دارد:

- تصویب و نهایی سازی پروتکل و شیوه نامه
- تعریف جایگاه مددکار اجتماعی مختص اهدای عضو در فرایند فراهم آوری اعضای پیوندی کشور
- تعیین حق الزحمه ی این جایگاه و وارد نمودن آن به دستور خرج فرایند مذکور
- تأمین اعتبار برای پرداخت حق الزحمه ی این جایگاه
- تأمین نیروی انسانی با اساس استانداردهای و شرایط احراز وزارت بهداشت
- ابلاغ شیوه نامه ها و پروتکل های مربوطه به دانشگاه /دانشکده ها و ایجاد ضمانت اجرایی
- نظارت بر اجرای طرح

۳- اداره مددکاری اجتماعی:

- تصویب و نهایی سازی پروتکل و شیوه نامه حیطه مداخلات مددکاری اجتماعی در اهدای عضو و فراهم آوری اعضای پیوند
- ابلاغ دستورالعمل به مددکاران اجتماعی بیمارستان های واحدهای شناسایی/ فراهم آوری، مبنی بر همکاری با مددکاران این واحدها
- ایجاد بستر همکاری مددکاران اجتماعی واحد بیمارستانی با مددکاران اجتماعی واحد اهدای عضو
- مشارکت در آموزش مددکاران اجتماعی واحد اهدای عضو

۴- اداره پیوند دانشگاه/دانشکده:

- نظارت بر عملیاتی شدن این فرایند در واحدهای شناسایی/ فراهم آوری

۵- واحد مددکاری اجتماعی معاونت درمان دانشگاه/دانشکده:

- تأیید صلاحیت مددکار اجتماعی (شایستگی های عمومی و حرفه ای) معرفی شده از جانب واحد شناسایی/فراهم آوری

- نظارت و ارزشیابی مداخلات مددکاران اجتماعی واحد اهدای عضو

۶- واحد شناسایی/فراهم آوری اعضای پیوندی:

- انتخاب مددکار اجتماعی و معرفی وی به واحد مددکاری اجتماعی معاونت درمان دانشگاه، برای تأیید صلاحیت
- به کارگیری مددکار اجتماعی بر اساس شیوه نامه و پروتکل ابلاغی مرکز مدیریت پیوند و اداره مددکاری اجتماعی وزارت خانه

۷- انجمن اهدای عضو ایرانیان:

این انجمن با توجه به برون سپاری مددکاری اجتماعی خانواده های اهداکننده طی تفاهم نامه بین معاونت درمان و انجمن مذکور (بر اساس کدام تفاهم نامه؟)، به عنوان بازوی اجرایی و نظارتی مرکز مدیریت پیوند، مسئولیت های زیر را بر عهده دارد:

- تدوین پیش نویس پروتکل و شیوه نامه‌ی کشوری مددکاری اجتماعی اهدای عضو با مشارکت ذینفعان
- تعامل و حمایت همه جانبه از مددکاران اجتماعی مختص اهدای عضو واحدهای شناسایی/فراهم آوری
- تعریف این جایگاه در سامانه ی پایش واحدهای شناسایی/فراهم آوری
- تعریف این جایگاه در پایش های حضوری واحدها و تدوین فرم های ارزیابی عملکرد مربوطه
- پایش عملکرد واحدها و گزارش دوره‌ای و مستمر به مرکز مدیریت پیوند؛ شامل ارائه: نقاط ضعف، نقاط قوت، میزان پیشرفت انجام این طرح توسط واحدها، راهکارهای راهبردی و ...

تعریف مفاهیم:

۱- **مددکار اجتماعی:** منظور در این راهنما کلیه فارغ التحصیلان کارشناسی و بالاتر در رشته مددکاری اجتماعی و خدمات اجتماعی است که بر اساس شرایط احراز این پست مصوب شورای سیاستگذاری مددکاری اجتماعی اهدای عضو، از این پس در واحد های فراهم آوری / شناسایی اعضای پیوندی مشغول ارائه خدمت خواهند شد.

۲- **مرگ مغزی:** فرآیندی است که در آن مغز و ساقه مغز تمامی عملکردهای خود را از دست می دهند و تنها عملکرد سیستم قلب و عروق وجود دارد که ادامه این جریان منجر به از بین رفتن جریان خون و مرگ می شود. در روند مرگ مغزی بجز مغز که به طور کامل و غیر قابل برگشت فعالیتهای خود را از دست داده است، سایر اندام ها چون قلب، ریه، و کلیه ها فعال هستند ولی فرد هیچ ادراکی از محیط ندارد.

- ۳- **اعضای خانواده فرد مرگ مغزی:** در این راهنما منظور خانواده اصلی (پدر، مادر، خواهران و برادران) و خانواده هسته ای پس از ازدواج (همسر و فرزندان) فرد مرگ مغزی هستند.
- ۴- **واحد شناسایی و فراهم آوری اعضای پیوندی:** واحدهای شناسایی و فراهم آوری اعضای پیوندی طبق دستور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بعد از تصویب لایحه اهدای عضو از موارد مرگ مغزی، در سال ۱۳۸۱ در دانشگاه ها / دانشکده های علوم پزشکی کشور تاسیس شده اند.
- وظیفه واحد شناسایی و فراهم آوری اعضای پیوندی، شناسایی موارد مرگ مغزی بیمارستانها، ویزیت موارد فوق، تاییدیه و صحبت با خانواده های موارد مرگ مغزی برای اهدای عضو میباشد که برداشت عضو صرفا در مراکز فراهم آوری صورت میپذیرد.
- ۵- **اهدا:** منظور فرایند برداشت یک عضو یا بافت از فردی به منظور پیوند به فردی دیگر میباشد.
- ۶- **پیوند:** انتقال سلول، بافت یا عضو به فردی دیگر به نحوی که عملکرد آن محفوظ بماند .
- ۷- **رضایت گیری:** پس از اثبات مرگ مغزی فرد و ارزیابی وی جهت اهدای عضو میبایست رضایت خانواده فرد جهت اهدا توسط کوردیناتور اخذ شود. طبق قانون مصوب در ایران (**نام قانون؟**)، باید رضایت تمامی وراثت کبیر قانونی اولیای دم فرد مرگ مغزی اخذ گردد. این افراد شامل پدر یا جد پدری و فرزندان ذکور بالای ۱۸ سال می باشد.
- نکته:** در ایران، تا از تمامی خانواده ی درجه یک و خانواده ی هسته ای، رضایت به اهدای عضو اخذ نگردد، فرایند برداشت اعضا، انجام نخواهد شد.
- ۸- **هماهنگ کننده (کوردیناتور):** افرادی هستند که توسط رؤسای واحدهای فراهم آوری اعضای پیوندی دانشگاه های علوم پزشکی کشور، انتخاب می شوند تا مراحل پیشبرد فرایند اهدای عضو فرد مرگ مغزی شناسایی شده در بیمارستان ها و مراکز تابعه آن دانشگاه را مدیریت نماید.
- ۹- **ارزیابی روانی-اجتماعی:** که به اختصار **PSA** خوانده میشود، به مجموعه اقداماتی گفته میشود که به منظور جمع آوری و تحلیل اطلاعات در مورد وضعیت روانی اجتماعی خانواده های دارای عضو مرگ مغزی شده انجام میگردد.
- ۱۰- **مشاوره سوگ:** عبارت است از کمک به فرد داغدیده جهت تسهیل سوگ بی عارضه یا بهنجار، تا تکالیف سوگواری در چهارچوب زمانی مناسب انجام شده و هرگونه اشتغال ذهنی ناتمام با متوفی برطرف شود
- ۱۱- **شبکه حمایتی غیررسمی:** منظور گروهی از افراد شامل اعضای خانواده، بستگان، دوستان و محیط همسایگی فرد است که در شرایط بحرانی در کنار فرد هستند و کمک عاطفی و عملی فراهم میآورند.
- ۱۲- **اخبار بد:** اخبار بد هر نوع اطلاعاتی است که به طور منفی، انتظارات فرد نسبت به آینده را مخدوش میکند؛ یا اخباری که منجر به نقص شناختی، رفتاری یا هیجانی در فردی میشود که اخبار بد را دریافت کرده است، به صورتی که این نقص تا مدتی بعد از دریافت خبر بد ادامه دارد.
- منظور از خبر بد در این راهنما خبر مربوط به مرگ مغزی است.

۱۳- حمایت یابی: منظور یافتن منابع حمایتی رسمی و غیررسمی برای خدمات مورد نیاز خانواده حین و پس از اهدای عضو میباشد.

۱۴- مصاحبه انگیزشی: منظور استفاده از فنون همدلی، ایجاد تضاد انگیزشی بین رفتارهای موجود و هدفهای مطلوب، حمایت از خودکارآمدی و مدارا با مقاومت به جای مقابله، در مصاحبه با خانواده به منظور افزایش انگیزه فرد یا خانواده برای تغییر میباشد.

فرد کلیدی: در این راهنما منظور فردی است که روی نظر اعضای خانواده مرگ مغزی تاثیر میگذارد. این فرد میتواند عضو خانواده مرگ مغزی باشد یا نباشد.

چه کسانی میتوانند این راهنما را اجرا کنند؟

مددکاران اجتماعی که در فرایند اهدای اعضای افرادی که دچار مرگ مغزی شده اند، از قبل از اهدا تا بازگشتن تعادل به خانواده اهدا کننده به صورت حرفه ای خدمات ارائه میکنند، میتوانند از این راهنمای مداخله بهره بگیرند.

فرایند جذب:

مددکاران اجتماعی اهدای عضو، نیروهای ثابت و مختص واحدهای شناسایی / فراهم آوری اعضای پیوندی می باشند که هیچ گونه رابطه ی استخدامی با دانشگاه ندارند و توسط رئیس واحد شناسایی / فراهم آوری اعضای پیوندی، به منظور تأیید، به مسئول واحد مددکاری معاونت درمان دانشگاه / دانشکده ی مربوطه، معرفی می گردد و پس از تأیید، حکم وی توسط رئیس واحد، ابلاغ می گردد.

فرایند همکاری:

مددکار اجتماعی واحدهای شناسایی / فراهم آوری کشور، از نیروهای ثابت واحد مورد نظر می باشند و بسته به حجم فعالیت واحد؛ بر اساس نوع واحد مذکور (A, B, C, D)، شرح وظایف زیر را دارا می باشند:

- ۱- واحد نوع A (با بیش از ۱۲۰ اهدا کننده در سال): صرفاً اجرای این شیوه نامه به صورت تمام وقت
- ۲- واحد نوع B (بین ۶۰ تا ۱۲۰ اهدا کننده در سال): اجرای این شیوه نامه و شناسایی تلفنی
- ۳- واحد نوع C (بین ۲۵ تا ۶۰ اهدا کننده در سال): پاسخگویی به ارباب رجوع، اجرای شیوه نامه، شناسایی تلفنی و امور اداری

۴- واحد نوع D (با کمتر از ۲۵ اهدا کننده در سال): پاسخگویی به ارباب رجوع، اجرای شیوه نامه، شناسایی تلفنی و امور اداری، هماهنگی های آموزش و امور فرهنگی

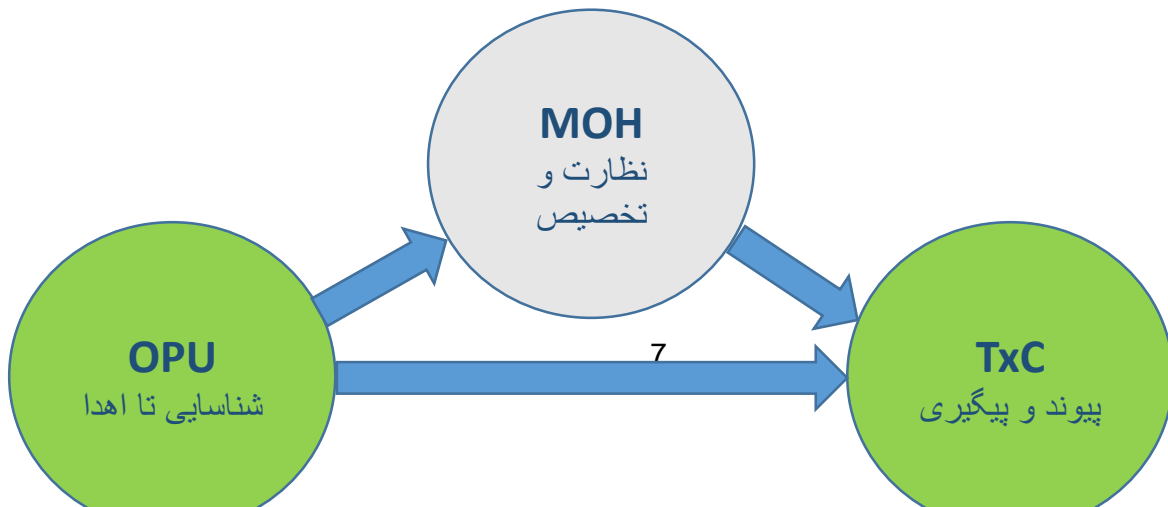
روش پرداخت:

حق الزحمه ی مددکار اجتماعی نیز مانند سایر افراد چرخه ی فراهم آوری پیوندی، در دستور خرجی که اعتبار آن توسط مرکز مدیریت پیوند وزارت متبوع، به دانشگاه پرداخت می گردد، تعریف شده است؛ که بخشی به صورت ثابت و بخشی به صورت موردی، به وی پرداخت می گردد. تشکیلات سازمانی:

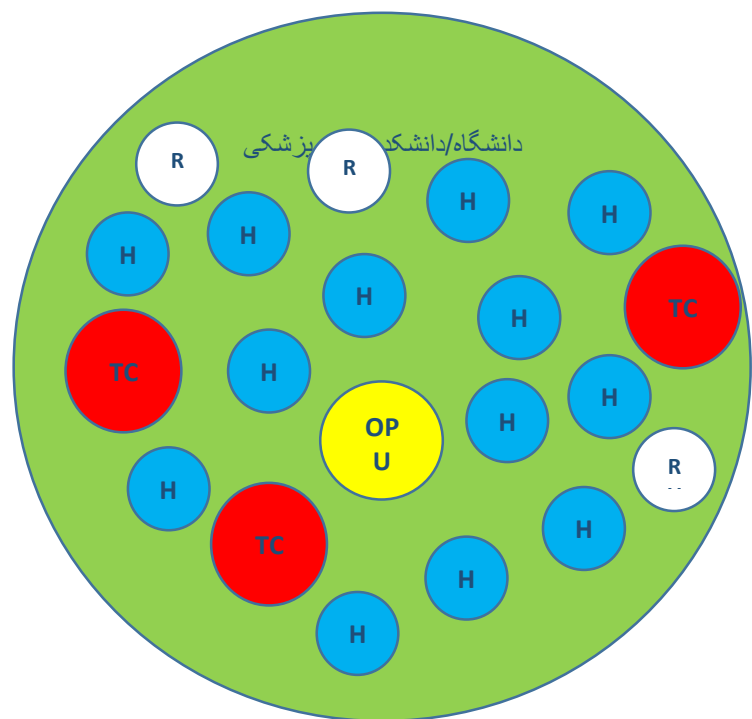


توضیح

ساختار:



توضیح



H : Hospital
RU : Recognition Unit
OPU : Organ Procurement Unit
TC : Transplant Center

توضیح

فرایند کنونی اهدای عضو در کشور:



توضیح

نیازهای آموزشی مددکار:

- ۱- آشنایی کامل با تشکیلات سازمانی، ساختار و فرایند فراهم آوری اعضای پیوندی
- ۲- آشنایی با معاینات بالینی
- ۳- آشنایی با خواندن آزمایشات و پاراکلینیک
- ۴- گذراندن دوره های تئوری تخصصی رضایت گیری مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هم چنین دوره های عملی مربوطه
- ۵- مطالعه ی دقیق کتاب " ۸۵ تکنیک " روش های اصولی رویارویی با خانواده های افراد مرگ مغزی
- ۶- آشنایی با مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در حوزه های ارزیابی روانی - اجتماعی، حمایت گری، ارجاع، پیگیری پس از ترخیص، بازدید از منزل، پایش و نظارت

فرآیند فراهم آوری اعضای پیوندی:

به سه بخش اصلی تقسیم میشود که در هر کدام از این مراحل تیمهای مختلف مشغول به فعالیت می شوند:

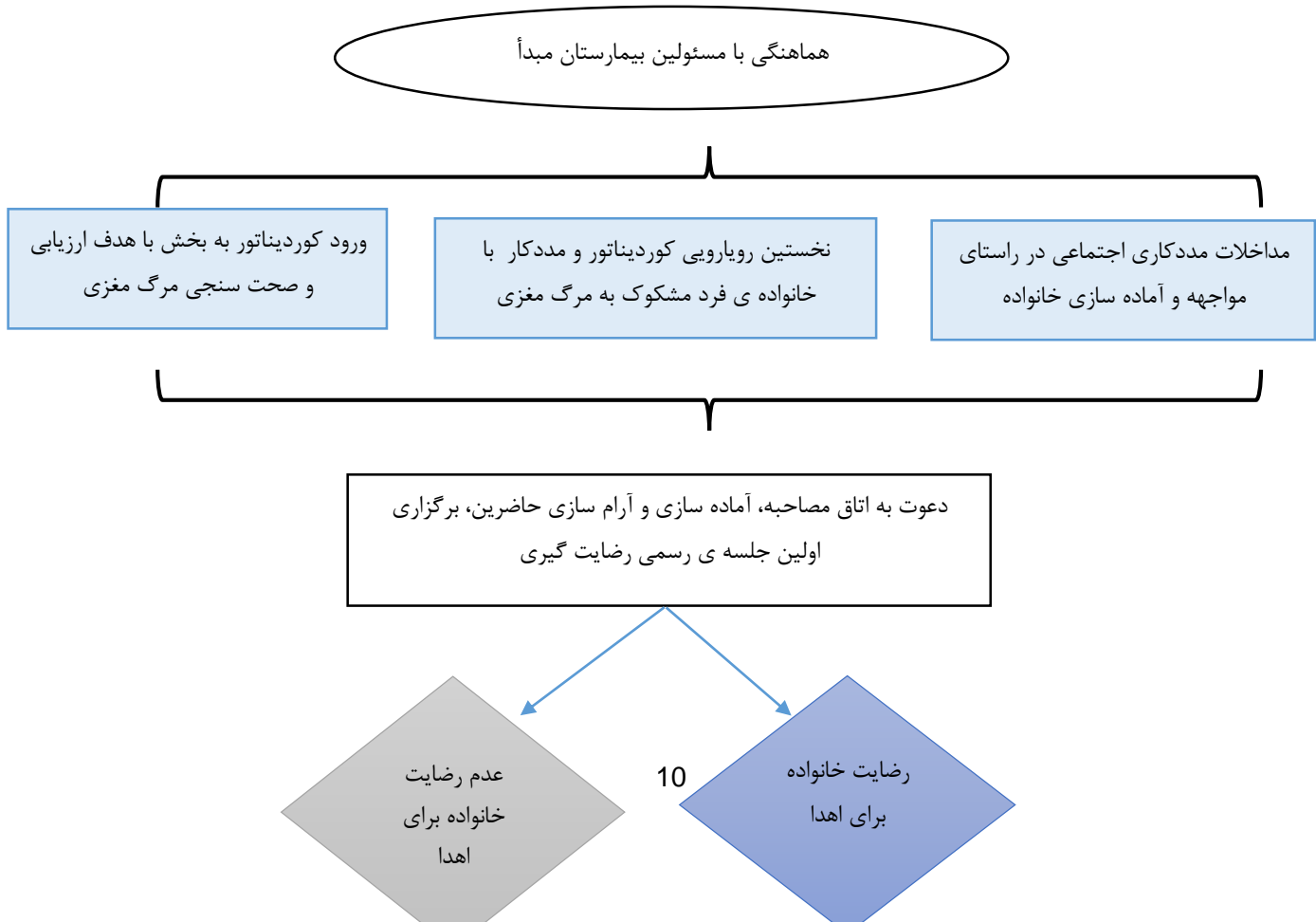
۱- قبل از اهدا

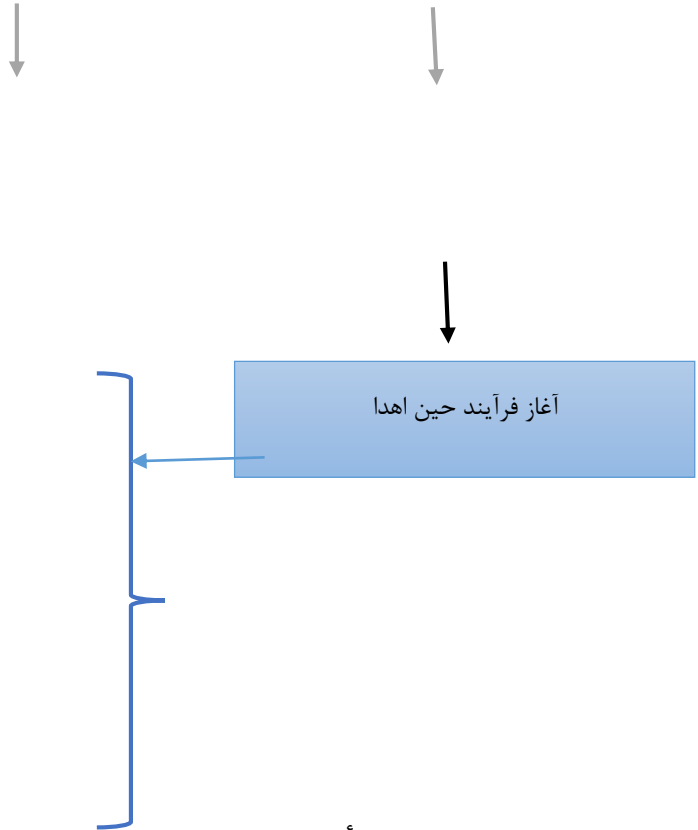
۲- حین اهدا

۳- بعد از اهدا

مددکار اهدای عضو نیز که از این پس، به عنوان یکی از ارکان این فرایند می باشد، در هر کدام از این سه مرحله مسئولیتهای مجزا و مختص به خود و یا مشترک با این تیم ها دارد؛ که به تفصیل توضیح داده خواهد شد

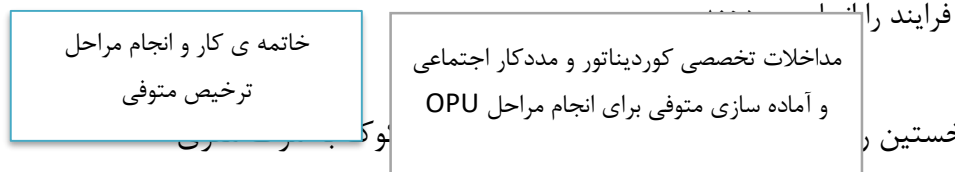
فرآیند قبل و حین اهدا





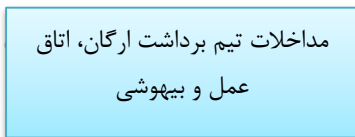
۱- هماهنگی با مسئولین بیمارستان مبدأ:

در این مرحله، پس از معرفی فرد مرگ مغزی، توسط مسئول کوردیناتورهای واحد شناسایی / فراهم آوری، کوردیناتور و مددکار اجتماعی با مسئول دفتر پرستاری ملاقات می نمایند و هماهنگی های لازم برای شروع

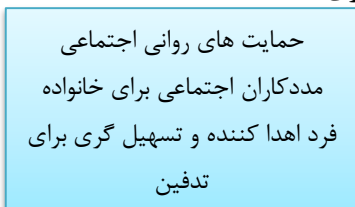


۱-۲: نخستین

این مرحله از مهمترین مراحل فرایند اهدای عضو می باشد که به منظور جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از خانواده و هم چنین ایجاد اعتماد بین تیم اهدا و خانواده، توسط کوردیناتور، مداخلات تیم برداشت ارگان، اتاق عمل و بیهوشی



۲-۲: ورود کوردیناتور به بخش با هدف ارزیابی و صحت سنجی مرگ مغزی



پس از انجام نخستین رویارویی به منظور انجام فرایندهای زیر، کوردیناتور وارد بخش بستری فرد مرگ مغزی می شود:

- ایجاد ارتباط با پرسنل و پزشکان و گردآوری اطلاعات از ایشان
- پرونده خوانی و گردآوری اطلاعات
- معاینه و تشخیص مرگ مغزی
- تعیین مناسب بودن و یا نبودن فرد مرگ مغزی برای اهدای عضو
- کمک به مراقبت از ارگانهای افراد مرگ مغزی
- هماهنگی برای انجام تأیید بالینی اولیه
- هماهنگی با پزشک معالج / یا مقیم و در صورت نیاز یکی از پرسنل بخش برای شرکت در جلسه ی ارائه ی خبر بد

۲-۳: مداخلات مددکاری اجتماعی در راستای مواجهه و آماده سازی خانواده

- شناخت بیشتر خانواده و افراد تأثیرگذار
 - گردآوری اطلاعات بیشتر
 - حمایت روحی از خانواده در این مرحله
 - پاسخ به سؤالات و ابهامات خانواده
 - خنثی نمودن تأثیرات افراد منفی تأثیرگذار
 - آماده نمودن خانواده برای شنیدن خبر بد احتمالی
 - تأمین فضایی مناسب (بر اساس اصول مدون) برای جلسه ی ارائه ی خبر بد
 - تعیین افراد مورد نیاز خانواده برای شرکت در جلسه ی ارائه ی خبر بد
- نکته: اطلاعاتی را که مددکار از وضعیت بالینی و پرونده ی بیمار نیاز دارد، پس از خروج کوردیناتور از بخش، از ایشان کسب می نماید.

نکته: سرفصل کلی اطلاعات مورد نیاز قبل از برگزاری جلسه ی رضایت گیری، به شرح زیر است:

- ✓ علت شفاف مرگ مغزی
- ✓ سیر پیشرفت وضعیت بالینی بیمار
- ✓ اقدامات درمانی انجام شده

- ✓ اطلاعاتی که خانواده درباره عزیزشان دریافت نموده اند و میزان آگاهی خانواده نسبت به وضعیت کنونی عزیزشان
- ✓ وضعیت روحی - روانی خانواده
- ✓ نظر خانواده در مورد مراقبت و اقدامات بیمارستان
- ✓ جایگاه اجتماعی فرد مرگ مغزی و جایگاهش در خانواده
- ✓ باورهای مذهبی خانواده
- ✓ وضعیت فرهنگی و اقتصادی و تحصیلات خانواده
- ✓ شناختن افراد تأثیرگذار مثبت و منفی

۴- دعوت به اتاق مصاحبه، آماده سازی و آرام سازی حاضرین، برگزاری اولین جلسه ی رسمی رضایت گیری

در این مرحله، کوردیناتور و مددکار، بر اساس تکنیک هایی که آموخته اند، افرادی را که برای حضور در جلسه ی رضایت گیری، انتخاب نموده اند، به اتاق مصاحبه، هدایت می کنند. برگزاری نخستین جلسه ی رسمی رضایت گیری

این مرحله شامل بخش های زیر است:

- ارائه ی خبر بد
 - کنترل وضعیت حاد پس از دریافت خبر بد
 - حمایت از خانواده برای درک از دست رفتن عزیزشان
 - درخواست اهدای عضو و هدایت ایشان برای اخذ تصمیم صحیح
- نکته: در صورتی که خانواده، رضایت به اهدای عضو ندادند، مددکار و کوردیناتور بدون هیچگونه فشاری و اعلام حمایت از ایشان، تلفن های تماس خود را در اختیار خانواده می گذارند و فرصت فکر و مشورت به ایشان می دهند.

۵- مداخلات تخصصی کوردیناتور و مددکار اجتماعی و آماده سازی متوفی برای انجام مراحل OPU

وظایف کوردیناتور:

- o هماهنگی با متخصص بیهوشی واحد و آمبولانس برای انتقال
- o هماهنگی با سرپرستار ICU واحد؛ برای انجام هماهنگی های تحویل گرفتن فرد مرگ مغزی
- o تکمیل فرمهای مخصوص، کپی پرونده بیمارستان مبدأ، تکمیل پرونده ی مورد نیاز برای OPU و تأمین داروهای مورد نیاز حین انتقال

0 تحویل مسئولیت به متخصص بیهوشی واحد

وظایف مددکار اجتماعی:

- 0 ثبت شرح جلسه رضایت گیری در قالب گزارش‌های مددکاری اجتماعی در پرونده OPU فرد مرگ مغزی
- 0 همراهی و حمایت از خانواده در طول فرایند ترخیص و انتقال
- 0 اخذ تخفیف و یا رایگان نمودن هزینه‌ها در بیمارستان‌های غیر دولتی
- نکته: در بیمارستان‌های دولتی، بر طبق دستورالعمل ابلاغی شماره ی ۱۰۰/۱۲۴۸ مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۰۷ وزیر به دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی، کل هزینه بر عهده ی معاونت درمان وزارت بهداشت است و برای خانواده هزینه ای در بر ندارد.

مراحل OPU:

در این مرحله، اتفاقات زیر توسط تیم‌های مختلف، صورت می‌پذیرد:

- کوردیناتور:

- 0 کمک به تیم مراقبت در پایدار نمودن وضعیت فرد مرگ مغزی
- 0 هماهنگی تکمیل تأییدات بالینی و قانونی
- 0 هماهنگی با متخصصین مشاور برای تعیین ارگان‌های قابل استفاده
- 0 هماهنگی با واحد تخصیص اعضا
- 0 هماهنگی با تیم‌های برداشت کننده
- 0 هماهنگی با اتاق عمل برای تعیین ساعت عمل و آمادگی پرسنل اتاق عمل

- تیم تأیید:

- 0 انجام تأییدات بالینی توسط متخصصین معتمد وزارت بهداشت
- 0 انجام تأیید قانونی توسط نماینده قوه قضاییه از سازمان پزشکی قانونی

- تیم متخصصین مشاور:

- 0 بررسی ارگان‌ها (به ویژه قلب و ریه) و تأیید کیفیت و قابلیت آن‌ها برای پیوند

- تیم تخصیص:

o تخصیص ارگان ها در ایران به صورت الکترونیک و با نظارت تیم تخصیص وزارت بهداشت صورت می گیرد

- مددکار اجتماعی:

o پذیرش فرد مرگ مغزی در بیمارستانی که OPU در آن مستقر است
o همراهی مستمر با خانواده و حمایت روحی از ایشان
o شفاف سازی مسیر اهدای عضو، از این لحظه تا زمان خاکسپاری متوفی
o بررسی مشکلات و نیازهای خانواده در مسیر فوق الذکر
o انجام هماهنگی های لازم برای ملاقات متناوب خانواده با عزیز از دست رفته؛ با رعایت حفظ آرامش بخش

o پاسخ به تمامی سؤالات و ابهامات خانواده شامل: علل تأخیرهای احتمالی، زمان برداشت، زمان تحویل، علل ممنوعیت های آشنایی خانواده اهداکننده با گیرندگان و ...
نکته: مددکار اجتماعی، قبل از شروع به کار خود در واحد اهدای عضو، برای احاطه به تمامی جزئیات این فرایند و پاسخ های سؤالات احتمالی خانواده، آموزش می بیند.
o شفاف سازی روش ارتباط ۲۴ ساعته با مددکار اجتماعی، برای خانواده
نکته مهم: مددکار اجتماعی، حتماً باید شماره تلفن کاری خود را در اختیار همراهان بگذارد و از دادن شماره ی شخصی، جداً پرهیز نماید.

حین اهدا:

این قسمت از زمان انتقال فرد مرگ مغزی به اتاق عمل تا تحویل میت به خانواده و شرکت در مراسم ترحیم می باشد؛ که فعالیت های زیر توسط تیم های مربوطه، صورت می پذیرد:

- کوردیناتور:

o هماهنگی های لازم برای انتقال اهداکننده به اتاق عمل
o نظارت بر برداشت ارگان ها

- o نظارت بر ترمیم پیکر
- o تکمیل فرم های مربوط
- o نظارت بر بسته بندی و کدگذاری ارگان ها
- o تحویل ارگان ها به تیم های گیرنده
- o تماس با مراکز پیوند و اطمینان از رسیدن ارگان ها

- پرسنل اتاق عمل و متخصص بیهوشی

- o آماده سازی اهداکننده
- o مراقبت از ارگان ها در حین عمل
- o بسته بندی و کدگذاری ارگان ها

- تیم برداشت ارگان

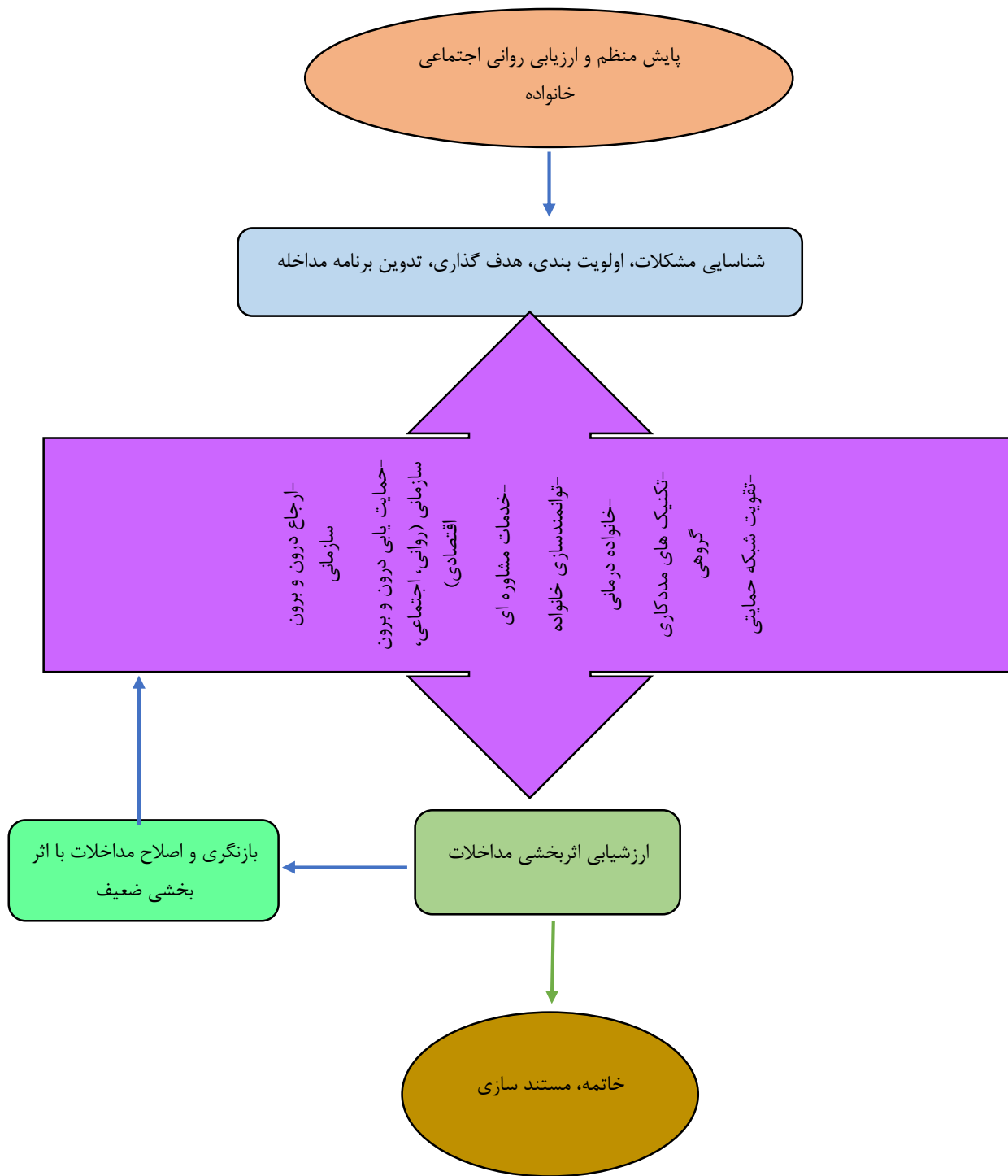
- o برداشت ارگان ها
- o آماده سازی ارگان ها
- o ترمیم پیکر
- o انتقال ارگان ها به مراکز پیوند

- مددکار اجتماعی

- o حمایت از خانواده در طول برداشت ارگان
- o کمک به اسکان خانواده در مواردی که اهداکننده از شهرستان دیگری است و فرایند برداشت عضو، طولانی می شود و مکانی برای اسکان و استراحت ندارند
- o نظارت بر حفظ کرامت خانواده در زمان حضور در بیمارستان
- o هماهنگی لازم با نیروی انتظامی (در صورت نیاز و کרוکی تصادف)
- o هماهنگی با اتاق تشریح پزشکی قانونی (در صورت نیاز)
- o هماهنگی برای تخصیص قطعه ی خاکسپاری در آرامستان (در صورت ظرفیت سازی قبلی)
- o کمک به خانواده در صورت نیاز به مشاوره ی حقوقی (در صورت وجود شکایت)
- o توضیح به اطرافیان در مورد اهدایی بودن ارگان ها و رفع هرگونه شبهه ای مربوط به تبادل مالی
- o بررسی زمان مراسم ختم متوفی و توضیح به خانواده در مورد امکان حضور نماینده ی واحد در مراسم ختم و قرائت متنی مبنی بر تقدیر از کار بزرگ و خیرخواهانه ای که انجام شده است؛ در صورت تمایل خانواده

- o حمایت روانی از خانواده در فرایند تحویل جسد
- o نظارت بر تسریع فرایند انتقال جسد (آمبولانس و ...)
- o همراهی با خانواده در پزشکی قانونی و اتاق تشریح (در صورت نیاز)
- o شرکت مددکار اجتماعی واحد (و یا اگر در شهر دیگری است، نماینده ی شما در آن شهر) در یکی از مراسم تدفین یا ختم و قرائت متن لوح تقدیر واحد در مراسم، ارائه و هماهنگی نصب بنر تسلیت واحد و در صورت امکان، ارائه ی تاج گل

فرایند حمایت های روانی اجتماعی پس از اهدا



پس از اهدا

۶ ماه اول پس از اهدا

ممکن است خانواده به دنبال از دست دادن عزیزش، در ابعاد مختلفی از جمله کارکردهای اقتصادی، روانی، مراقبتی، و... دچار اختلال گردد؛ که بی تردید در صورتی که فرد اهدا کننده در خانواده نقشهای تعیین کننده‌ای داشته باشد، بازگشت تعادل به خانواده دشوارتر خواهد بود.

مددکار اجتماعی باید در طول ۶ ماه پس از اهدای عضو، وضعیت خانواده را به طور منظم پایش نماید؛ به این معنا که هر هفته با خانواده در تماس باشد و بر اساس پیوست شماره ۱ نسبت به پایش وضعیت خانواده اقدام کند؛ و در صورت نیاز، مداخلاتی را برای بهبود کارکردهایی که در اثر فقدان، کاهش یافته اند، اجرا کند.

رویکرد اصلی در ارائه خدمت در این مرحله، مدیریت مورد پایه خواهد بود؛ به این معنا که مددکار اجتماعی مداخلات، ارجاع و پیگیریها را به گونه ای برنامه ریزی و اجرا میکند که خانواده بتواند با استفاده از منابع حمایت روانی، اجتماعی و اقتصادی در محیط زندگی خود در کوتاه ترین زمان ممکن به کارکردهای عادی خود دست یابد.

توجه داشته باشید که مداخلات مربوط به شش ماهه اول پس از اهدا برای کلیه خانواده های اهداکننده ضروری است.

۱- پایش و ارزیابی وضعیت روانی - اجتماعی خانواده اهدا کننده:

لازم است مددکار اجتماعی ارزیابی جامعی از وضعیت کارکردهای خانواده داشته باشد و محورهای زیر را مورد بررسی قرار دهد:

- اطلاعات دموگرافیک اعضای خانواده

- وضعیت روانی خانواده

- وضعیت اجتماعی خانواده

- وضعیت اقتصادی خانواده (پیوست شماره ۲)

تبصره: انجام بازدید منزل و تهیه ی گزارش مربوطه، بر اساس فرم شماره ی پیوست در طول ۶ ماهه ی اول، ضروری می باشد.

۲- شناسایی مشکلات، اولویت بندی، هدف گذاری و تدوین برنامه ی مداخله:

- بر اساس ارزیابی وضعیت روانی اجتماعی خانواده، نیازهای فوری، کوتاه مدت، بلند مدت و پیش رونده خانواده

را مشخص کنید؛ مشارکت خانواده در تعیین اهداف مداخله در این فرایند حائز اهمیت است.

- لازم است اهدافی که تعیین میکنید، SMART باشند.

- با مشارکت خانواده اولویتهای مداخلات را تعیین کنید.

لازم است برای هر یک از اهداف تعیین شده با حداقل جزئیات زیر در مرحله قبل برنامه زمانبندی تهیه شود:

- فعالیتها

- مجری فعالیت

- امکانات و ابزارهای مورد نیاز برای اجرای فعالیت

- زمان اجرای آنها

برنامه زمانبندی باید به گونهای تهیه شود که به دقت فعالیتهای مربوط به هر یک از اهداف در آن تصریح شده باشند.

بهتر است این برنامه در قالب جدول تنظیم شود. نمونه این جدول در پیوست شماره ۴ آورده شده است.

۳- مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی

۱-۳: ارجاع درون و برون سازمانی:

- شناسایی خدمات موجود و ارائه دهندگان خدمات و کسب اطلاعات دقیق در مورد نحوه دریافت هر یک از خدمات
 - تهیه ی بانک اطلاعات منابع موجود برای انجام ارجاع های حرفه ای و حمایت یابی و به روز رسانی منظم
 - ارتباط با مددکاران اجتماعی سایر بیمارستانها و سازمانها و نهادهای دولتی و غیر دولتی در سطح استان و در صورت نیاز در سطح کشور؛ جهت ارجاع و حمایت یابی مناسب
 - ارزیابی و به روز رسانی مستمر منابعی که خانواده را به آنها ارجاع میدهید
 - توضیح شفاف به خانواده در مورد دلایل و فواید ارجاعات در این مرحله
 - توضیح واضح برای خانواده در مورد اینکه در فرایند ارجاع باید چه کارهایی انجام دهند (با چه کسی تماس بگیرند، نزد چه کسی بروند، چه چیزی بگویند، به کجا بروند و ...)
 - ارائه ی اطلاعات دقیق در مورد فرد یا سازمان/ موسس های که خانواده را به آن ارجاع خواهید داد
 - آگاه سازی فرد، سازمان یا موسسه مقصد از ارجاع؛ قبل از ارجاع
 - پیگیری ارجاع را و اطمینان از ارائه ی خدمت مورد نظرتان به خانواده
 - حصول اطمینان از اینکه خانواده توسط فرد، سازمان یا موسسه مقصد با احترام و رعایت اصول اخلاقی پذیرفته شده اند
 - برنامه ریزی مجدد، در صورتی که ارجاع ناموفق بوده است
 - آگاه سازی قبلی خانواده، در صورتی که برای دریافت خدمت، باید هزینه ای پرداخت کنند
 - تحت فشار قرار ندادن خانواده برای استفاده از خدمت
 - ارسال گزارش مختصری از وضعیت خانواده برای فرد، سازمان یا موسسه مقصد با رعایت اصول اخلاقی؛ در صورت نیاز
- (پیوست شماره ۴)

۳-۲: حمایت یابی درون و برون سازمانی:

حمایت یابی و کسب منافع می که موجب پیشبرد برنامه مداخله می شوند، در درون و یا بیرون از واحد، به یکی از سه صورت زیر، برنامه ریزی می شود:

۱- خانواده از مهارت، دانش و تواناییهای کافی برای تأمین منافع خود برخوردار نیستند
در این نوع، مددکار اجتماعی به طور مستقیم با فرد، سازمان یا موسسه ارائه دهنده خدمت وارد مذاکره شود و آنها را برای ارائه خدمت به خانواده متقاعد نموده و اطمینان حاصل کند که خدمات مورد نظر به موقع، به اندازه و با کیفیت مناسب به خانواده ارائه خواهند شد

۲- خانواده از سطحی از مهارت، دانش و توانایی برخوردار هستند
در این حالت که خانواده می تواند بخشی از فرایند جلب حمایت را انجام دهد، حضور مددکار اجتماعی در کنار آنها موجب تسهیل فرایند و یا افزایش کیفیت خدمات فرد، سازمان و یا موسسه ارائه دهنده خدمت میشود

۳- خانواده از مهارت، دانش و تواناییهای لازم برای جلب حمایت به نفع خود برخوردار هستند
در این مدل، نیازی به حضور فیزیکی مددکار اجتماعی برای حمایت یابی وجود نخواهد داشت؛ و مددکار می تواند فقط با آماده سازی خانواده و معرفی منابع و شرح ویژگیهای هر یک از منابع به آنها برای تصمیم گیری و اقدام در مورد حمایت یابی کمک کند.

در مواردی که فرد اهداکننده، نان آور خانواده بوده است و خانواده برای تأمین هزینه معاش خود با مشکل مواجه شده است.

۳-۲-۱: حمایت مستقیم:

منظور از حمایت مستقیم هر نوع پرداخت نقدی یا غیر نقدی به منظور کمک به تأمین معاش خانواده است؛ که برای تأمین هزینه های آن، ضرورت دارد از منابع دولتی و غیردولتی، حمایت یابی نمایید.

۳-۲-۲: بیمه

مراجعین را از نحوه قرار گرفتن تحت پوشش بیمه های درمان و اجتماعی آگاه کنید و در صورتی که مراجعین سابقه اشتغال داشتند، اطلاعات لازم را در مورد بیمه اجتماعی در اختیار آنها قرار دهید.

در بسیاری موارد مراجعین برای اقداماتی مانند جمع سوابق بیمه، شرایط برخورداری از مزایای بیمه بیکاری و از کارافتادگی، بیمه بازنشستگی، فوت و نظایر آنها نیاز به مشاوره دارند. اطلاعات لازم را در این موارد در اختیار آنها قرار دهید و در صورت لزوم برای دریافت مشاوره بیشتر آنها را به مشاوران بیمه ارجاع دهید.

۳-۲-۳: حمایت از کودکان

- توجه و حمایت از وضعیت کودکان مورد حضانت فرد اهداکننده از طریق منابع اجتماعی موجود نظیر: اورژانس اجتماعی، سازمان بهزیستی، کمیته ی امداد و ...
- در مواردی که مراقبت از کودک به عهده اهداکننده بوده است، اطمینان حاصل کنید که مراقب جایگزین از مهارتها و شرایط لازم برای مراقبت از کودک برخوردار است و در صورت نیاز به مراقب جایگزین، کمک کنید که مهارتهای لازم به این منظور را کسب کند؛ که ارجاع برای آموزش یا دریافت خدمات مشاورهای بخشی از خدمات قابل ارائه در این زمینه هستند.
- در شرایطی که به دلیل فقدان اهداکننده ، عملکرد مراقب کودک با اختلال مواجه شده است، دلایل افت عملکرد مراقب را بررسی کنید و به منظور افزایش عملکرد وی دریافت خدمات مشاوره ای و حمایت یابی را در دستور کار خود قرار دهید.
- ضرورت دارد نسبت به احتمال آزار دیدن کودکان در خانواده های اهداکننده حساس باشید و در صورتی که موارد آزار را شناسایی کردید، از طریق اورژانس اجتماعی، ارجاع نمایید.
- در صورتی که بیش از ۶ ماه پس از فقدان فرد مورد علاقه کودک، همچنان علائم سوگ در او مشاهده میشود، ضرورت دارد وی را به اورژانس اجتماعی و سایر منابع اجتماعی موجود، ارجاع نمایید.

۳-۳: خدمات مشاوره ای:

در بسیاری موارد، خانواده ی اهداکننده برای به دست آوردن کارکردهای معمول خود به انواع خدمات مشاوره ای نیاز خواهد داشت؛ که در این بین، **مشاوره سوگ** یکی از نیازهای اساسی آنهاست که برای همه ی خانواده ها، ضروری است.

در عین حال متناسب با نیاز خانواده احتمال دارد مشاوره حقوقی (بخصوص در شرایطی که مرگ مغزی بر اثر سانحه روی داده است)، مشاوره شغلی، مشاوره تحصیلی و ... نیز مورد نیاز باشد؛ که در چنین مواردی ضرورت دارد اقدامات لازم را برای تسهیل دسترسی BDCF به خدمات مشاورهای انجام دهید.

نکته: در نظر داشته باشید که سوگواری امری طبیعی است اما در صورتی که فرایند سوگ به طور طبیعی طی نشود، عملکرد BDCF با مشکل جدی مواجه خواهد شد؛ لذا مددکار اجتماعی موظف است وضعیت خانواده را در خصوص طی کردن فرایند سوگ پایش نماید و در صورتی که علائم اختلال سوگ در خانواده مشاهده شود، ضروری است مداخلات حرفه ای به منظور برطرف نمودن علائم مذکور انجام پذیرند.

اختلال سوگ یکی از انواع اختلالات افسردگی است. در مراحل اولیه حالات و افکاری شامل بیقراری، احساس پوچی و ملال، خشم و نفرت ناشی از فقدان، بیخوابی، کاهش میل جنسی، کاهش وزن، اختلال در توجه و حافظه، از دست دادن میل به زندگی، نشخوارفکری و اشتغال ذهنی شدید نسبت به فرد متوفی، نپذیرفتن مرگ او، درد روانی شدید، بیحسی و

کرختی، مقصر دانستن خود در مرگ او، دوری از عواملی که او را به یاد عزیز از دست‌رفته میاندازد، تمایل به مرگ برای پیوستن به عزیز از دست‌رفته، بی‌اعتمادی به دیگران، احساس تنهایی، سردرگمی در مورد هویت شخصی و بی‌علاقگی به آینده مشاهده می‌شود. در مورد خانواده‌هایی که با اهدا موافقت کردند، تردید در مورد در ست بودن تصمیم‌شان برای رضایت به منظور اهدای عضو و احساس گناه در این دوره بسیار شایع است.

علاوه بر نشانه‌های یاد شده، احتمال بروز توهم‌های دیداری و شنیداری مانند شنیدن صدای فرد از دست‌رفته یا تصور دیدن او، علائم جسمانی مانند دردهای قلبی و گوارشی و همچنین افزایش مصرف سیگار و مشروبات الکلی نیز در میان خانواده‌ها وجود دارد.

در صورتی که نشانگان سوگ بیش از ۶ ماه ادامه یابد، باید احتمال اختلال سوگ مورد بررسی قرار گیرد. ضرورت دارد برای خانواده، شرایطی را فراهم کنید که بتواند سوگ خود را مدیریت نموده و اعضای آن به اختلال سوگ مبتلا نشوند. برای این منظور اقدامات زیر را انجام دهید:

۱. کمک به خانواده برای عزاداری به موقع.
۲. با توجه به اینکه در اغلب خرده فرهنگ‌های ایران مراسم سوگواری تا ۴۰ روز پس از فوت فرد ادامه می‌یابد و سازوکارهای فرهنگی مشخصی برای حمایت از خانواده متوفی پیش‌بینی شده است، لازم است مداخلات حمایتی مددکار اجتماعی از زمانی که حمایت اطرافیان کاهش می‌یابد، جایگزین گردد. به همین دلیل بهتر است از هفته هفتم پس از اهدا دسترس‌های مشاوره‌ای تسهیل کنید؛ آنها را برای دریافت مشاوره ترغیب کنید و زمانی که موافقت خود را برای دریافت مشاوره اعلام کردند، نسبت به ارجاع آنها به روانشناس صاحب تجربه در زمینه مشاوره سوگ اقدام نمایید.
- بی‌تردید در صورتی که خانواده، زودتر از هفته هفتم پس از اهدا به خدمات مشاوره‌ای نیاز داشت، ضرورت دارد اقدامات لازم برای ارجاع آنها صورت گیرد.
۳. در صورتی که بر اساس ارزیابی و وضعیت خانواده متوجه خطراتی مانند آسیب به خود نظیر اقدام به خودزنی، خودکشی یا اجتناب از دریافت درمان یا آسیب به دیگران شدید، ضرورت دارد پیگیری برای ارائه خدمات مشاوره‌ای به ایشان، با اولویت و در اولین زمان ممکن صورت گیرد؛ که طبیعتاً این خدمات در چارچوب مداخله در بحران قرار می‌گیرد و تأخیر در آن به هیچ وجه جایز نیست.

۳-۴: توانمندسازی اقتصادی خانواده:

تلاش در جهت توانمندسازی حرفه‌ای خانواده‌ها، شامل:

- ارزیابی
- ارجاع برای آموزش‌های حرفه‌ای

- کمک به مراجعه کننده برای تهیه طرح کسب و کار

۳-۵: خانواده درمانی

در صورتی که روابط اعضای خانواده پس از اهدای عضو با چالش مواجه شد، به آنها کمک کنید روابط خود را بهبود بخشند.

تغییر نقشها در خانواده و ضعف مهارت‌های ارتباطی از مهمترین دلایل چالش در خانواده بشمار میرود؛ در نتیجه، خانواده ها در مواردی از بروز خشونت و کیفیت نامناسب مراقبت و حمایت در خانواده شکایت دارند .

یکی از شایعترین موضوعاتی که در خانواده موجب چالش میان اعضا میشود، تردید آنها در مورد درست بودن تصمیم به اهدای عضو می باشد و در صورتی که یکی از اعضای خانواده به ترتیبی در بروز حادثه منجر به مرگ مغزی مقصر باشد، احتمال بروز چالش در خانواده و اعمال خشونت علیه او افزایش خواهد یافت .

قضاوت‌های اطرافیان در مورد تصمیم خانواده در مورد اهدای عضو فشار روانی قابل توجهی به آنها وارد میکند؛ اتهام‌هایی نظیر فروش اعضا و قتل فرد اهداکننده؛ که میتوانند به آشفتگی خانواده منجر شوند؛ و در صورتی که خانواده از مهارت‌های حمایتی لازم برخوردار نباشد، فردی که تصمیم گیرنده اصلی بوده یا عضوی که در تصمیم خانواده برای اهدای عضو تأثیرگذار بوده است، دچار تعارضات شدید با خانواده میشود .

لازم است برای کمک به این خانواده ها از تکنیک های خانواده درمانی ساختاری و خانواده درمانی ارتباطی برای بهبود روابط اعضای خانواده استفاده شود.

برای این منظور ضرورت دارد از فردی که در این زمینه آموز شهای لازم را دیده است، کمک گرفته شود .

۳-۶: مداخله مددکاری گروهی

برخی از موضوعاتی که میتوانند دستمایه مداخلات مددکاری گروهی قرار گیرند، عبارتند از:

- انطباق با شرایط جدید

- مهارت‌های ارتباطی

- حمایت و مراقبت از کودکان

برای اداره جلسات مددکاری گروهی با اولویت از رویکرد توسعه (به طور ویژه از روش آموزشی – مشاوره ای) استفاده کنید.

تشکیل گروه‌های خودیار:

اعضای گروه‌های خودیار شامل خانواده‌هایی هستند که در سال‌های گذشته نسبت به اهدای عضو اقدام نموده‌اند و مایلند تجربیات خود را با سایر خانواده‌هایی که اقدام مشابه انجام داده‌اند، به اشتراک بگذارند.

حضور خانواده‌های مذکور در جلسات این گروه‌ها موجب می‌شود تردیدهایشان در مورد تصمیم به اهدای عضو برطرف شود و با مکانیزم‌های انطباقی بیشتری آشنا شوند.

در عین حال حمایت روانی فراهم شده در این گروه برای خانواده‌ها، به آنها کمک میکند فضای مناسبی برای برقراری ارتباط با افراد مشابه خود بیابند.

مددکار اجتماعی میتواند با برقرار کردن ارتباط میان خانواده‌ها و تسهیل دستیابی به ملزومات برگزاری جلسه، تشکیل این گروه‌ها را تسهیل نماید.

۳-۷: تقویت شبکه حمایتی:

- به خانواده کمک کنید شبکه حمایتی خود را ترسیم کند.
- حمایت کنندگان مؤثر میتوانند افرادی غیر از اعضای خانواده باشند (مانند بستگان، همسایگان و دوستان).
- با کسانی که خانواده به عنوان افراد مهم و مؤثر در حمایت از خانواده معرفی کرده است، تماس تلفنی برقرار کنید و برای جلسه حضوری از آنها دعوت بعمل آورید.
- در جلسه حضوری با فرد مؤثر لازم است انگیزه‌های وی را برای مشارکت در فرایند مداخله تقویت کنید.
- به فرد حمایت کننده توضیح دهید که دقیقاً از او چه انتظاری دارید و از کلی گویی و مطرح کردن انتظارات مبهم اجتناب کنید.
- تقویت شبکه حمایتی معمولاً با برگزاری یک جلسه با حامیان تحقق نمی‌یابد و لازم است جلسات را به طور منظم (حداقل ماهی یک بار) برگزار کنید و در فاصله برگزاری جلسات اقدامات شبکه حامیان را از طریق تلفن پیگیری کنید.
- لازم است خانواده در جلسات شبکه حامیان شرکت کند.

۴- ارزشیابی اثر بخشی مداخلات

هرگاه اهداف پیش بینی شده توسط مددکار اجتماعی تحقق یافت، فرایند ارائه خدمت به خانواده باید خاتمه داده شود. برای ارزیابی اهداف مداخله، اطمینان حاصل کنید که شاخص‌های زیر در مورد خانواده، تحقق یافته باشند:

• مراحل سوگ را به طور طبیعی طی کرده باشد یا در صورتی که مراحل سوگ غیرطبیعی بوده، درمان دریافت کرده باشد

• قادر به تأمین معاش خود باشد

• تحت حمایت یک شبکه حمایتی باشد

• کودکان از مراقبت مناسب برخوردار باشند

• عملکرد خانواده عادی باشد

• کودکان و نوجوانان از عملکرد عادی تحصیلی برخوردار باشند

• سرپناه امن داشته باشد و حداقل به مدت یکسال پس از خاتمه مداخله بتواند از سرپناه با شرایط مشابه برخوردار باشد

برای ارزیابی اهداف از ابزارها و راهنماهای ارائه شده به پیوستهای شماره ۶-۸ مراجعه کنید.

برای این منظور باید ابتدا از موارد زیر اطمینان حاصل کنید:

- خانواده به عملکرد عادی دست یافته است
- توانایی لازم برای تأمین معاش خود را دارد
- از اختلال سوگ پیشگیری شده
- نشانگان اختلال سوگ درمان شده اند
- شبکه حمایتی خانواده تقویت شده است
- کودکان و نوجوانان با شرایط جدید انطباق یافته اند

برای تصمیم گیری در مورد خاتمه مداخلات لازم است دستیابی به اهداف را ارزیابی کنید؛ روش ارزیابی هر یک از اهداف در پیوست شماره ۵ آورده شده است .

ارائه خدمات خود را در شرایطی که به خدمات بیشتر نیازی نیست و یا ادامه ارائه خدمات اثری بر رفع مشکل خانواده ندارد، بازنگری کنید یا خاتمه دهید؛ و البته قبل از بازنگری یا خاتمه ارائه خدمات و یا ارجاع به سایر منابع، در مورد نیازها، سایر انتخابها و اولویتهای خانواده گفتگو کنید.

در مواردی که خود خانواده مایل به متوقف کردن دریافت خدمت است، آنها را از آثار ناشی از این اقدام آگاه سازید. در شرایطی که به دلایل حرفهای تصمیم می گیرید ارائه خدمت به مراجعان را خاتمه دهید، اطمینان حاصل کنید که مراجعان برای دستیابی به خدمات تخصصی به منابع مناسب ارجاع داده می شوند.

به خاطر داشته باشید مددکار اجتماعی مجاز نیست مراجعان را از طریق متوقف کردن خدمات تحت فشار قرار دهد تا به خواسته های اجتماعی، مالی و یا ... تن دهند.

تمامی تلاش خود را برای عدم خروج مراجعانی که هنوز نیاز به دریافت خدمات تخصصی دارند، به عمل آورید. مددکار اجتماعی تنها در شرایطی مجاز است نسبت به متوقف کردن زود هنگام خدمات اقدام کند که شرایط غیرعادی رخ داده باشد و امکان عادی شدن شرایط در کوتاه مدت متصور نباشد؛ در چنین موقعیتی ضرورت دارد به محض عادی شدن شرایط، خدمات خود را از سرگیرید.

نکته: لازم است حداقل طی سه ماه پس از خاتمه مداخلات حداقل با یکبار تماس تلفنی در ماه از وضعیت خانواده، مطلع شوید و شرایط آنها را در پرونده درج کنید.

۵- خاتمه و مستند سازی

تمامی خدماتی که توسط مددکار اجتماعی ارائه می شوند، باید در پرونده ی خانواده با جزئیات ثبت گردند . حداقل اجزای گزارشی که باید در پرونده خانواده ثبت شوند، شامل موارد زیر است:

- ارزیابی وضعیت خانواده
- ارجاع ها به منظور دریافت انواع مشاوره ها
- ارزیابی دوره ای وضعیت خانواده
- وضعیت خانواده پس از خاتمه مداخلات می شود.

پیوست ها:

پیوست شماره ۱: پایش هفتگی خانواده

ردیف	موارد قابل ارزیابی	بله	خیر
۱	خانواده روند طبیعی اختلال سوگ را طی می کند؟		

		کودکان در خانواده مورد حمایت روانی مراقبتی قرار دارند؟	۲
		شبکه حمایتی خانوادگی در خانواده از ایشان حمایت می نماید؟	۳
		خانواده توانسته مخارج زندگی را تامین نماید؟	۴
		اعضای خانواده به کارکردهای قبلی خود باز گشته اند؟	۵
		اعضای شاغل خانواده مجدد به فعالیت خود پرداخته اند؟	۶
		خانواده نیاز به مشاوره ای خاصی دارد؟	۷

پیوست شماره ۲: فرم ارزیابی روانی اجتماعی خانواده

۱. اطلاعات اولیه فرد اهداکننده							
۱-۱. اطلاعات دموگرافیک:							
نام:		نام خانوادگی:		نام پدر:		کد ملی:	
تاریخ تولد:		محل تولد:		جنسیت: زن / مرد / سایر		مذهب: اسلام / مسیحی / یهودی / زرتشتی / سایر	
وضعیت تاهل:		ملیت: ایرانی / افغانی / عراقی / سایر		نوع بیمه:		وضعیت اشتغال:	
مجرد / متاهل / متار که / مطلقه / بیوه / سایر		خدمات درمانی		تامین اجتماعی / ارتش / کمیته امداد / سایر		بیکار / خانه دار / کارمند / کارگر / کارآزاد / محصل / دانشجو / سرباز / بازنشسته	
تاریخ مرگ مغزی:				علت:			
۲-۱. آدرس و تلفن محل سکونت:							
۳-۱. آدرس و تلفن محل کار:							
۴-۱. گروه های پرخطر:							
کودک آزاری / خشونت علیه زنان / خشونت علیه سالمندان / خشونت علیه معلولان / اقدام به خودکشی / بیخانمان و مجهول الهویه / اختلالات سایکوتیک / اختلالات وابسته به مواد / بیماری های خاص و صعب العلاج / مادران پرخطر / نزاع و درگیری							
۲. تاریخچه فرد اهداکننده							
۱-۲. تاریخچه تحصیلی و شغلی:							
۲-۲. تاریخچه مشکلات جسمی:							
۳-۲. تاریخچه مشکلات روانی:							
۴-۲. سابقه سوء مصرف مواد:							
۵-۲. سابقه مشکلات قانونی:							
۳. تاریخچه خانواده اهداکننده							
۱-۳. مشخصات اعضای خانواده:							
نسبت	نام و نام خانوادگی	سال تولد	وضعیت تأهل مجرد / متاهل / متار که / مطلقه / بیوه / سایر	در قید حیات می باشد: بله / خیر (در صورت فوت: تاریخ وفات)	میزان تحصیلات	شغل	محل سکونت
پدر							
مادر							

							خواهر
							خواهر
							برادر
							برادر
							همسر
							فرزند
							فرزند
۳-۲. شرح روابط خانوادگی (از نظر الگوهای ارتباطی و حمایتی درون خانواده):							
۳-۳. تاریخچه مشکلات جسمی در خانواده :							
۳-۴. تاریخچه مشکلات روانی در خانواده :							
۳-۵. تاریخچه سوء مصرف مواد در خانواده :							
۳-۶. تاریخچه مشکلات قانونی در خانواده :							
۴. شرح مشکل از دید خانواده							
۴-۱. شکایت اصلی خانواده :							
۴-۲. اقداماتی که برای حل مشکل صورت گرفته:							
۵. ارزیابی و خلاصه وضعیت خانواده							
۵-۱. منابع، ظرفیت ها و نقاط قوت خانواده :							
۵-۲. توصیف مکانیسم های انطباقی خانواده :							
۵-۳. توصیف توانمندی خانواده در حل مشکل :							
۵-۴. محدودیت های خانواده برای مقابله با مشکل فعلی:							
۵-۶. شرح مشکل از دید مددکار اجتماعی :							

پیوست شماره ۳ : فرم گزارش نویسی مدیریت مورد

۱. ارزیابی و اهداف :														
۱.۱. نتیجه مختصر ارزیابی:														
۱.۲. اهداف مداخله:														
۲. برنامه مداخله :														
نتایج	زمان (بر حسب ماه)												اقدام	شرح فعالیت
	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	کننده	
۳. اختتام مداخله :														
۳.۱. میزان دستیابی به اهداف														
۳.۲. دلیل اختتام :														
مهر و امضا						تاریخ				نام و نام خانوادگی مددکار:				

پیوست شماره ۴: فرم ارجاع

مشخصات مراجع:			
نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	کدملی/شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
آدرس و شماره تماس:			
دلیل ارجاع:			
تاریخچه مختصر مشکل:			
مشکل فعلی:			
خدمت مورد نیاز:			
اطلاعات ارجاع دهنده:			
نام و نام خانوادگی مددکار اجتماعی:		تاریخ ارجاع:	
شماره تماس و فکس:		مهر و امضا	
اطلاعات فرد / سازمان یا موسسه مقصد			
نام فرد / سازمان و یا موسسه مقصد		شماره تماس فرد / سازمان و یا موسسه مقصد	
آدرس فرد / سازمان و یا موسسه مقصد		تاریخ انجام هماهنگی با فرد / سازمان و یا موسسه مقصد	

پیوست شماره ۵: راهنمای ارزشیابی اهداف

اهداف	مقیاس مورد استفاده در ارزشیابی اهداف	نقطه خاتمه مداخله
دستیابی خانواده به عملکرد عادی با تأکید بر تعامل بین فردی و ارتباط مراقب-کودک	۱- پرسشنامه FAD (پرسشنامه شماره ۶) ۲- برای کودکان تا ۸ سال تأیید مراکز بهداشتی شهری یا روستایی در خصوص سلامت کودک موجود باشد.	۱- عملکرد خانواده عادی باشد. ۲- کودکان در خانواده از مراقبت مناسب برخوردار باشند.
پیشگیری از اختلال سوگ - درمان نشانگان اختلال سوگ	تشخیص و تأیید روانپزشک و روانشناس	مراحل سوگ را به طور طبیعی طی کرده باشد یا در صورتی که مراحل سوگ غیرطبیعی بوده، درمان دریافت کرده باشد
توانمندسازی خانواده برای تأمین معاش خود	۱- پرسشنامه ناامنی غذایی رادیمر- کرنل تعدیل شده (پیوست شماره ۷) ۲- گزارش بازدید منزل مددکار اجتماعی	۱- قادر به تأمین معاش خود باشد ۲- سرپناه امن داشته باشد و حداقل به مدت یکسال پس از خاتمه مداخله بتواند از سرپناه با شرایط مشابه برخوردار باشد.
تقویت شبکه حمایتی خانواده	۱- پرسشنامه حمایت ادراک شده (پیوست شماره ۸) ۲- گزارش مددکار اجتماعی	تحت حمایت یک شبکه حمایتی باشد.
انطباق کودکان و نوجوانان با شرایط جدید	۱- گزارش مدرسه در خصوص عدم افت تحصیلی کودکان و نوجوانان برای کودکان بالای ۶ سال ۲- تشخیص روانشناس و گزارش مددکار اجتماعی از ارزیابی کودک در خانواده	۱- افت تحصیلی نداشته باشند. ۲- علایمی از رفتارهای غیر عادی (مثل پرخاشگری و شب ادراری) و حاکی از اختلالات اضطرابی در کودکان گزارش نشود.

پیوست شماره ۶: پرسشنامه FAD

پرسشنامه FAD، یک پرسشنامه ۶۰ سوالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بر مبنای الگوی مک مستر تدوین شده است.

این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب با هدف توصیف ویژگی های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود گزارش دهی، مورد سنجش و ارزیابی قرار می دهد (صیادی، ۱۳۸۱). این پرسشنامه دارای خرده مقیاس هایی است که این خرده مقیاس ها و گویه هایی که آنها را می سنجند، به شرح زیر هستند:

خرده مقیاس ها	گویه ها
حل مشکل	۲، ۱۲، ۲۴، ۳۸، ۵۰، ۶۰
ارتباط	۳، ۱۴، ۱۸، ۲۹، ۴۳، ۵۲، ۵۹
نقشها	۴، ۱۰، ۱۵، ۲۳، ۳۰، ۳۴، ۴۰، ۴۵، ۵۳
همراهی عاطفی	۵، ۹، ۱۹، ۲۸، ۳۹، ۴۹، ۵۷
آمیزش عاطفی	۱۳، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۳، ۳۵، ۳۷، ۴۲، ۵۴
کنترل رفتار	۷، ۱۷، ۲۷، ۳۲، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۵۵، ۵۸
عملکرد کلی	۱۱، ۱۶، ۲۰، ۲۶، ۳۱، ۳۶، ۴۱، ۴۶، ۵۱، ۵۶ ۱، ۶، ۸

نمره گذاری آزمون:

به سوالاتی که توصیف عملکرد سالم هستند، نمره ۱ تا ۴ نمره با استفاده از این کلید واژه ها داده می شود:

کاملاً موافقم: ۴، موافق: ۳، مخالف: ۲ و کاملاً مخالف: ۱

به سوالها یا عباراتی که توصیف عملکرد ناسالم اند، یعنی سوالهای ششماره ۱، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷،

۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۴۷، ۴۸، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۸ نمره

معکوس داده می شود:

کاملاً موافقم: ۱، موافق: ۲، مخالف: ۳ و کاملاً مخالف: ۴ حداقل امتیاز ممکن ۶۰ و حداکثر ۲۴۰ خواهد بود.

نمره	بین ۶۰ تا ۱۰۰	۱۰۰ تا ۱۵۰	بالاتر از ۱۵۰
عملکرد	ضعیف	متوسط	قوی و سالم

سوال	کاملاً موافقم	موافقم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۱				برنامه ریزی فعالیت های خانوادگی ما دشووار است، نوم ما همگی ر را به درسوتی درم نمی کنیم)برایپاسخ به سؤالات خانواده خود نه خانواده پگریتام را در نظر ب یرینگ (
۲				ما اکثرا مشکلات روزمره خانواده را حل می کنیم
۳				وقتی یکی از اعضای خانواده ما ناراحت باشگ، بقیه علت آم را می داننگ
۴				وقتی در خانواده ما از کسی کاری خواسته می شود، بایگ پی گیر بود تا به انجام برسگ
۵				اگر کسی در خانواده ما دنار مشکل شود، سایرین هم درگیر حل آم می شونگ
۶				ما در هن ام بحرام می توانیم روی حمایت بقیه اعضای خانواده حساب کنیم
۷				هر گاه یک وضعیت اضطراری پیش می آیگ، نمی دانیم نه کار کنیم
۸				گاهی خانه از نیز های مورد نیاز ما خالی می شود
۹				ما از ابراز مهر و محبت به یرگی ر اکراه داریم
۱۰				ما خواستار آم هستیم که اعضا به وظایف خانوادگی خود عمل کننگ
۱۱				ما نمی توانیم با یرگی ر در باره احساس غم و غصه خود صحبت کنیم
۱۲				معمولا به تصمیمات خود برای حل مشکلات عمل می کنیم
۱۳				علاقه سایر اعضای خانواده وقتی به ما جلب می شود که موضوع برای خودشام هم مهم باشگ
۱۴				از گفته های اعضای خانواده نمی توانیم به احساس آنها پی ببریم
۱۵				در خانواده ما وظایف خان ی به تساوی تقسیم نمی شود
۱۶				افراد خانواده ما همان ونه که هستنگ، مورد قبول یرگی رنگ
۱۷				در خانواده ما به آسانی می توام مقررات خانه را نقض کرد
۱۸				در خانه ما، حرفها بگوم کنایه و بی پرده گفته می شود
۱۹				بعضی از اعضای خانواده ما خونسرد بر خورد می کننگ
۲۰				ما می دانیم در صورت پیش آمگم شرایط اورژانس نه بایگ کرد
۲۱				ما از تبادل نظر درباره ترس ها و ن رانیهای خود پرهیز می کنیم
۲۲				برای ما گف و درباره احساسهای لطیف دشوار است
۲۳				ما برای پرداخت هزینه مام درد سر داریم
۲۴				معمولا ما بگ از سووعی خانواده برای حل یک مشووکل، درباره موفقیت آمیز بودم یا نبودم آم گف و می کنیم
۲۵				ما بیش از حگ به فکر خود هستیم
۲۶				ما می توانیم احساس های خود را به یرگی ر ابراز کنیم
۲۷				ما درباره رعایت اداب دستشویی و توالت انتظار خاصی از یرگی ر نگاریم

				ما احساس محبت خود نسبت به یکگی ر را نشام نمی دهیم	۲۸
				اعضای خانواده ما مستقیم و بگوم واسطه با همگی ر صحبت می کنند	۲۹
				هر کگام از ما وظایف و مسئولیت های خاصی بر عهگه دارد	۳۰
				در خانواده ما احساس های نا خوشاینگ زیادی وجود دارد	۳۱
				ما برای زدم یا دست بلنگ کردم روی یکگی ر ضابطه داریم	۳۲
				ما فقط وقتی با یکگی ر همراه می شویم که منافی در بین باشگ	۳۳
				برای کاوش در علایق شخصی اعضای خانواده، کم وقت می گذاریم	۳۴
				غالبا منظور خود را به زبام نمی آوریم	۳۵
				ما احساس می کنیم سایر اعضای خانواده، ما را همام گونه که هستیم، قبول دارنگ	۳۶
				وقتی ما به یکگی ر علاقه نشام می دهیم که بتوانیم شخصا از آم بهرمنگ شویم	۳۷
				ما اکثرا ناراحتی های عاطفی اعضای خانواده را رفع می کنیم	۳۸
				در خانواده ما مهر و عطوفت در درجه دوم اهمیت قرار دارد	۳۹
				ما در این باره که هر کسی نه کارهایی را در خانه انجام دهگ، گفت و می کنیم	۴۰
				تصمیم گیری برای خانواده ما دشوار است	۴۱
				اعضای خانواده ما فقط وقتی به یکگی ر علاقه نشام می دهنگ که خودشام بتواننگ از آم بهرمنگ شونگ	۴۲
				ما با یکگی ر رو راست و بی پرده هستیم	۴۳
				ما به هیچ معیار و قاعگه ای پایبنگ نیستیم	۴۴
				در خانواده ما اگر از کسی کاری خواسته شود، بایگ به او یاد آوری کرد	۴۵
				ما می توانیم درباره طرز حل کردم مشکلات تصمیم گیری کنیم	۴۶
				اگر مقررات خانواده نقض شود، نمی دانیم نه انتظاراتی بایگ داشت	۴۷
				در خانواده ما هر اتفاقی را می توام انتظار داشت	۴۸
				ما مهر و عطوفت خود را نشام می دهیم	۴۹
				ما با مشکلاتی که با احساسهای اعضای خانواده بازی کنگ، برخورد می کنیم	۵۰
				ما با یکگی ر خوب کنار نمی آییم	۵۱
				ما هن ام عصبانیت با یکگی ر صحبت نمی کنیم	۵۲
				ما به طور کلی از وظایف خان ی که بر عهگه ما گذاشته می شود، ناراضی هستیم	۵۳
				ما حتی با وجود حسن نیت، در زنگگی یکگی ر خیلی دخالت می کنیم	۵۴
				اعضای خانواده ما برای مقابله با شرایط خطرنام، قواعد خاصی را رعایت می کنند	۵۵
				ما به یکگی ر اعتماد و اطمینام داریم	۵۶
				ما احساسات (غم، شادی، خشم و) خود را در خانه راحت و آشکار بروز می دهیم	۵۷
				رفت و آمگ در خانواده ما معقول و منطقی نیست	۵۸
				اگر از عمل یکی از اعضای خانواده خوشامام نیایگ، به او می گوئیم	۵۹
				ما به راههای گوناگوم حل مشکلات فکر میکنیم	۶۰

پیوست شماره ۷: پرسشنامه ناامنی غذایی رادیمر - کرنل تعدیل شده

این پرسشنامه برای اندازه گیری ناامنی غذایی در سه سطح، شامل: سطح خانوار، بزرگسال و کودک طراحی شده است. ۸ گویه (گویه های ۱ الی ۸) برای سنجش ناامنی غذایی در سطح خانوار و منعکس کننده نگرانی زنان از تمام شدن موجودی مواد غذایی، تمام شدن یک ماده غذایی و نبود مواد غذایی متنوع در خانه است؛ ۵ گویه (گویه های ۸ الی ۱۳) برای سنجش ناامنی غذایی در سطح بزرگسال و منعکس کننده دریافت ناکافی غذا از نظر کیفیت در بزرگسالان و کودکان، همچنین دریافت ناکافی غذا از نظر کمیت در بزرگسالان است (پاسخ مثبت به گویه ۸ که دریافت ناکافی غذا را از نظر کیفیت در کودکان می سنجد، خانوار را در گروه ناامن بزرگسال قرار می دهد)؛ سه گویه (گویه های ۱۴ الی ۱۶) برای سنجش ناامنی غذایی کودک و منعکس کننده دریافت ناکافی غذا در کودکان است.

گزینه های هر گویه، برای سنجش ناامنی غذایی مزمن و حاد به صورت "اکثر اوقات درست است"، "گاهی اوقات درست است"، "درست نیست" ارائه شده است.

به خانواده بگویید:

من جملاتی را می خوانم که ممکن است وضعیت غذا و تغذیه شما و اعضای خانواده تان در سال جاری باشد. لطفاً پس از شنیدن هر جمله به من بگویید که این جمله درست است یا خیر و اگر درست است، گاهی اوقات درست است یا اکثر اوقات؟

ردیف	سئوالات	گزینه ها
۱	تا به حال نگرانی این را داشته ام که مواد غذاییمان تمام شود و پول نداشته باشم که دوباره بخرم.	درست درست نیست
۲	تا به حال به این فکر کرده ام که ای کاش پول بیشتری داشتم و می توانستم مواد غذایی بیشتری بخرم.	درست درست نیست

۳	مواد غذایی که می خرم، زود تمام می شود، چون پول ندارم که به اندازه کافی بخرم.	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است
۴	وقتی می خواهم یک وعده غذا درست کنم، مواد غذایی که برای تهیه آن لازم دارم، تمام شده و پول کافی برای خرید آنها ندارم .	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است
۵	ما دو، سه روز پشت سر هم یک نوع غذا می خوریم، چون پول کافی نداریم که مواد غذایی مختلف بخریم.	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است
۶	تا به حال این نگرانی را داشته ام که به خاطر نداشتن پول نتوانم مواد غذایی به مقدار کافی بخرم.	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است
۷	هر غذایی را نمی توانم درست کنم، چون مواد غذایی که برای تهیه آن لازم دارم، تمام شده و پول ندارم که دوباره آنها را بخرم .	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است
۸	من فقط چند نوع غذا را که ارزان هستند، درست می کنم و نمی توانم غذاهای متنوع درست کنم چون پول کافی ندارم .	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است
۹	من خودم نمی توانم مواد خوب و مغذی بخورم چون پول ندارم که به اندازه کافی تهیه کنم.	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است
۱۰	به خاطر نداشتن پول نمی توانم غذای کافی درست کنم، به همین خاطر خودم کمتر غذا می خورم .	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است
۱۱	به خاطر نداشتن پول و غذای کافی ،خودم گرسنه می مانم و چیزی نمی خورم.	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است
۱۲	به خاطر نداشتن پول و غذای کافی، خودم فقط نان خالی می خورم.	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است
۱۳	نمی توانم به بچه ام/ بچه هایم مواد غذای خوب و مغذی بدهم چون پول کافی ندارم .	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است
۱۴	بچه ام/ بچه هایم غذای کافی نمی خورند، چون پول کافی برای خرید مواد غذایی ندارم.	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است
۱۵	بچه ام/ بچه هایم گاهی اوقات گرسنه هستند اما پولی برای خرید غذای بیشتر ندارم .	درست نیست	گاهی اوقات درست است	اکثر اوقات درست است

اکثر اوقات درست است	گاهی اوقات درست است	درست نیست	بچه ام/بچه هایم گاهی اوقات فقط نان خالی می خورند اما پول ندارم که مواد غذایی بیشتر بخرم .	۱۶
---------------------	---------------------	-----------	--	----

پیوست شماره ۸ : مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)

حمایت اجتماعی ادراک شده بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد و به عنوان یک عامل تعدیل کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس زای زندگی شناخته شده است و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی های فرد از در دسترس بودن حمایتها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی میشود. مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به حمایت از دیدگاه ارزیابی شناختی فرد از روابطش اشاره دارد .

خرده مقیاس های این پرسشنامه و گویه هایی که آنها را می سنجند، به شرح زیر هستند:

خرده مقیاسها	آیتمها
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده	آیتم های ۳، ۴، ۸، ۱۱
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان	آیتم های ۶، ۷، ۹، ۱۲
حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دیگران	آیتم های ۱، ۲، ۵، ۱۰

نمره گذاری آزمون:

۱- به شدت مخالف	۲- مخالف	۳- نظری ندارم	۴- موافق	۵- به شدت موافق
-----------------	----------	---------------	----------	-----------------

امتیازات را از ۱۲ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۱۲ و حداکثر ۶۰ خواهد بود. نمره بین ۱۲ تا ۲۴: حمایت اجتماعی ادراک شده در فرد کم است. نمره بین ۲۴ تا ۳۶: حمایت اجتماعی ادراک شده در فرد متوسط است. نمره بالاتر از ۳۶: حمایت اجتماعی ادراک شده در فرد زیاد است.

گویه ها	به شدت مخالف	مخالف	نظری ندارم	موافق	به شدت موافق
۱- فرد خاصی وجود دارد که در هنگام نیاز به او دسترسی داشته باشم.					
۲. فرد خاصی وجود دارد که میتوانم شادیهام و غمهایم را با او در میان بگذارم.					
۳. خانوادهام واقعاً سعی میکنند که به من کمک کنند.					
۴. وقتی که به کمک و حمایت احساسی اعضای خانوادهام نیاز دارم، آن را از آنها دریافت میکنم.					
۵. فرد خاصی در زندگیم وجود دارد که باعث تسلی خاطر می شود.					

					۶. دوستانم واقعاً سعی دارند که به من کمک کنند.
					۷. در هنگام بروز مشکل میتوانم روی دوستانم حساب کنم.
					۸. میتوانم در مورد مشکلاتم با خانوادهام صحبت کنم.
					۹. دوستانی دارم که میتوانم با آنها شادیها و غمهایم را در میان بگذارم.
					۱۰. فرد خاصی در زندگیم وجود دارد که برای احساساتم ارزش قائل است.
					۱۱. خانوادهام مایلند که در مواقع تصمیمگیری به من کمک کنند.
					۱۲. در مورد مشکلاتم میتوانم با دوستانم صحبت کنم.

- در ابتدا کلیه مستندات را که در پرونده بالینی و مدارک پزشک موجود است، مطالعه شود.
- این مستندات شامل فرم د-۱ کوردیناتورها، فرم تأیید مرگ مغزی، کل پرونده ای که از جانب کوردیناتور، از بیمارستان مبدأ توسط کوردیناتور، گرفته شده است.