

راهنمای مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در فرایند اهدای عضو

Organ Donation Social Work Intervention Guideline

انجمن اهدای عضو ایرانیان

۱۳۹۷

لیست مخفف ها:

BDC	Brain Death Case
BDCF	Brain Death Case Family
PSA	Psychosocial Assessment
ICU	Intensive Care Unit
FAD	Family Assessment Device
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support

فهرست مطالب:

۶	مقدمه
۷	اهداف مداخله
۸	تعریف مفاهیم
۹	چه کسانی می‌توانند این راهنما را اجرا کنند؟
۹	مراحل کار
۹	قبل از اهدا:
۹	جمع‌آوری اطلاعات و ارزیابی وضعیت BDC و خانواده وی:
۱۰	آماده‌سازی برای اعلام خبر بد
۱۲	اخذ رضایت از خانواده برای اهدای عضو
۱۲	حین اهدا:
۱۲	نیازهای اطلاعاتی:
۱۲	نحوه تماس با مددکار اجتماعی:
۱۳	زمان و نحوه ملاقات با BDC :
۱۳	طول مدت برداشت:
۱۳	فرایند برداشت:
۱۴	فرایند تحویل متوفی به BDCF :
۱۴	نیازهای حقوقی:
۱۴	حمایت‌های روانی:
۱۵	نیازهای اقتصادی:
۱۵	نیاز به اسکان:
۱۵	پس از اهدا:
۱۵	کوتاه مدت (داخل بیمارستان):
۱۷	کوتاه مدت (خارج از بیمارستان):
۱۷	بلند مدت:
۲۴	ارزشیابی:

۲۴	پیگیری پس از ترخیص.....
۲۴	روش ارزیابی اهداف مداخله.....
۲۵	گزارش نویسی.....
۲۵	ملاحظات اخلاقی.....
۲۶	منابع.....
۲۸	پیوست ها:.....
۲۸	پیوست شماره ۱: پایش هفتگی خانواده.....
۲۹	پیوست شماره ۲: فرم ارزیابی روانی اجتماعی خانواده.....
۳۱	پیوست شماره ۳: فرم گزارش نویسی مدیریت مورد.....
۳۲	پیوست شماره ۴: فرم ارجاع.....
۳۳	پیوست شماره ۵: راهنمای ارزشیابی اهداف.....
۳۴	پیوست شماره ۶: پرسشنامه FAD.....
۳۷	پیوست شماره ۷: پرسشنامه ناامنی غذایی رادیمر-کرنل تعدیل شده.....
۳۹	پیوست شماره ۸: مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS).....

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. در مرگ مغزی بیمار فعالیت های قشر و ساقه مغز خود را از دست داده و احتمال بازگشت وجود ندارد (۱). 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 (۲).

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 (۳). (۴). 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 (۵).

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 (۳). 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. اسکو در مطالعات متفاوت به این نتیجه رسید که مرگ ناگهانی عضو خانواده و بحث در مورد اهدای عضو فشارهای خاصی را بر وابستگان تحمیل نموده و در این زمان آنها را از نظر عاطفی و شناختی مستعد آسیب می کند (۶). راسین در مطالعه ای بر روی خانواده هایی که به برداشت عضو فرد مرگ مغزی خود رضایت داده بودند، به این نتیجه رسید که فقدان درک خانواده از مرگ مغزی و اینکه آنها مرگ مغزی را همانند مرگ واقعی نمی دانستند، منجر به ایجاد تجربه ناخوشایند و مشکلاتی بعد از رضایت به اهدا شد (۷) در مطالعه ای خانواده های فرد مرگ مغزی شده ابراز نمودند که در ابتدای اعلام خبر مرگ مغزی، تصمیم گیری برایشان مشکل و همراه با شک و دودلی بوده است و به تشخیص مرگ مغزی فامیل خود نمی توانستند اطمینان کنند و این را ناشی از ارائه اطلاعات ناقص از طرف تیم درمانی می دانستند (۶).

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 (۴، ۸، ۹) 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 آسفتگی روحی خود را به خانواده فرد مرگ مغزی منتقل نمایند (۱۰)

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 (۳، ۶، ۸، ۹، ۱۱-۱۳). 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 (۹، ۱۲-۱۶).

همچنین آمادگی ذهنی اعضای خانواده و پذیرش مرگ مغزی از جمله عوامل موثر در اهدا عضو است. مطالعات نشان می دهند دادن فرصت زمانی به خانواده برای پذیرش مرگ عزیزشان قبل از درخواست اهدا عضو، می تواند به نحو چشمگیری بر اعلام رضایت خانواده موثر باشند. 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 (۱۷).

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 (۱۸). در برخی از کشورها مددکاران اجتماعی به عنوان هماهنگ کننده های 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 را به عهده دارند (۱۹). آنها به عنوان متخصصان پویایی خانواده، میانجیگری 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 (۲۰). اگرچه این مطالعات بر حمایت روانی اجتماعی خانواده اهداکننده حین فرایند رضایت گیری تاکید کرده اند ولی تاکنون مطالعه ای درخصوص نیازهای روانی اجتماعی خانواده ها در ماه های بعد از اهدا انجام نشده است. 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 پروتکل سعی شده است با توجه به اهمیت نقش حمایتی مددکاران اجتماعی در فرایند اهدا 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 پروتکل تنها توسط مددکاران اجتماعی دانش آموخته این رشته و با تکیه بر دانش و مهارت های مددکاری اجتماعی امکان پذیر خواهد بود.

اهداف مداخله

- پیشگیری از اختلال سوگ و درمان نشانگان اختلال سوگ در اعضای BDCF
- تقویت شبکه حمایتی در BDCF
- توانمندسازی BDCF برای تأمین معاش خود
- دستیابی BDCF به عملکرد عادی با تأکید بر تعامل بین فردی و ارتباط مراقب-کودک
- انطباق کودکان و نوجوانان عضو BDCF با شرایط جدید

تعریف مفاهیم

مددکار اجتماعی^۱: منظور در این پروتکل کلیه فارغ‌التحصیلان کارشناسی و بالاتر در رشته مددکاری اجتماعی است که بر اساس شرایط احراز این پست مصوب هیئت مدیره انجمن اهدای عضو ایرانیان (که از این پس در این پروتکل به اختصار انجمن خوانده می‌شود)، در واحد مددکاری اجتماعی شعب انجمن مشغول ارائه خدمت هستند.

مرگ مغزی^۲: فرآیندی است که در آن مغز و ساقه مغز تمامی عملکردهای خود را از دست می‌دهند و تنها عملکرد سیستم قلب و عروق وجود دارد که ادامه این جریان منجر به از بین رفتن جریان خون و مرگ می‌شود. در روند مرگ مغزی بجز مغز که به طور کامل و غیر قابل برگشت فعالیت‌های خود را از دست داده است، سایر اندام‌ها چون قلب، ریه، و کلیه‌ها فعال هستند ولی فرد هیچ ادراکی از محیط ندارد (۲۱). در این پروتکل به فرد مرگ مغزی^۳ به اختصار **BDC** گفته می‌شود.

اعضای خانواده فرد مرگ مغزی^۴: در این راهنما منظور خانواده اصلی (پدر، مادر، خواهران و برادران) و خانواده هسته‌ای پس از ازدواج (همسر و فرزندان) فرد مرگ مغزی هستند و در این پروتکل به اختصار **BDCF** خوانده می‌شود.

مرکز شناسایی و فراهم‌آوری: واحدهای شناسایی و فراهم‌آوری اعضای پیوندی طبق دستور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بعد از تصویب لایحه اهدای عضو از موارد مرگ مغزی در سال ۱۳۸۰ در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تاسیس شده‌اند. وظیفه واحد شناسایی و فراهم‌آوری اعضای پیوندی، شناسایی موارد مرگ مغزی بیمارستان‌ها، ویزیت موارد فوق، تاییدیه و صحبت با خانواده‌های موارد مرگ مغزی برای اهدای عضو می‌باشد که برداشت عضو صرفاً در مراکز فراهم‌آوری صورت می‌پذیرد.

اهدا: منظور فرایند برداشت یک عضو یا بافت از فردی به منظور پیوند به فردی دیگر می‌باشد.

پیوند: انتقال سلول، بافت یا عضو به فردی دیگر به نحوی که عملکرد آن محفوظ بماند.

رضایت‌گیری: پس از اثبات مرگ مغزی فرد و ارزیابی وی جهت اهداء عضو می‌بایست رضایت خانواده فرد جهت اهدا اخذ شود. طبق قانون مصوب در ایران، باید رضایت تمامی ورثه کبیر قانونی فرد مرگ مغزی اخذ گردد. این افراد شامل پدر یا جد پدری و فرزندان بالای ۱۸ سال می‌باشد (۲۱).

هماهنگ کننده^۵: فردی است که توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انتخاب می‌شود تا مراحل پیشبرد اهدای عضو فرد مرگ مغزی شناسایی شده در بیمارستان‌ها و مراکز تابعه آن دانشگاه را مدیریت نماید.

ارزیابی روانی-اجتماعی^۶: که به اختصار **PSA** خوانده می‌شود، به مجموعه اقداماتی گفته می‌شود که به منظور جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات در مورد وضعیت روانی اجتماعی خانواده‌های دارای عضو مرگ مغزی شده انجام می‌گیرد.

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.

1. Social Worker

2. Death Brain

3. Brain Death Case

4. Brain Death Case Family

5. Coordinator

6. Psychosocial Assessment

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.

اخبار بد^۷: 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. اخبار بد به صورت ذهنی تعیین می‌شوند و ممکن است بسته به تجارب شخصی فرد، به طرز متفاوتی ادراک شوند (۲۲). منظور از خبر بد در این پروتکل خبر مربوط به مرگ مغزی است.

حمایت‌یابی^۸: منظور یافتن منابع حمایتی رسمی و غیررسمی برای خدمات مورد نیاز خانواده حین و پس از اهدای عضو می‌باشد. مصاحبه انگیزشی^۹: 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^{۱۰}: 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 شده‌اند، از قبل از اهدا تا بازگشتن تعادل به خانواده اهدا کننده به صورت حرفه‌ای خدمات ارائه می‌کنند، می‌توانند از این راهنمای مداخله بهره بگیرند.

مراحل کار

قبل از اهدا:

بعد از اعلام مورد مرگ مغزی از طرف مرکز شناسایی به انجمن، لازم است اقدامات زیر توسط مددکار اجتماعی انجام پذیرد:

جمع‌آوری اطلاعات و ارزیابی وضعیت BDC و خانواده وی:

- لازم است در ابتدا کلیه مستندات را که در پرونده بالینی و مدارک پزشکی BDC موجود است، مطالعه کنید. این مستندات شامل گزارش تریاژ، راند و PSA مددکار اجتماعی و همچنین گزارش تیم درمان در خصوص وضعیت جسمی BDC و یا گزارشات اولیه از اورژانس، پلیس و سایر گزارش‌های مکتوبی است که شرایط BDC را برای شما روشن می‌سازد.
- از آنجایی که احتمال دارد برخی از اطلاعات مهم برای "اعلام خبر بد" و رضایت‌گیری در پرونده بالینی BDC ثبت نشده باشند، ضرورت دارد این اطلاعات از طریق مصاحبه با کارکنان مرکز درمانی که با BDC و خانواده وی در تعامل بوده‌اند،

7. Bad News

8. Advocacy

9. Motivational Interview

10. Key Person

- جمع‌آوری شود. مهمترین مواردی که در این مصاحبه‌ها باید جستجو شوند عبارتند از کسب اطلاع در مورد وضعیت روانی-اجتماعی اعضای خانواده، افراد کلیدی و تأثیر گذار در خانواده و بستگان و مکانیزم تصمیم‌گیری در خانواده.
- با در نظر گرفتن شرایط روانی اجتماعی افراد کلیدی با آنها ارتباط برقرار کرده و جلسه حضوری با آنها ترتیب دهید. هدف این جلسه انجام ارزیابی‌های تکمیلی در خصوص محورهای فوق است. ضرورت دارد این جلسات به صورت انفرادی برگزار شوند.
- در نظر داشته باشید که تیم پزشکی به طور همزمان در حال ارزیابی وضعیت جسمی BDC است و در صورتی که تیم پزشکی مرگ مغزی را تأیید نمود، اقدامات بعدی برای برگزاری جلسه "اعلام خبر بد" و رضایت‌گیری باید انجام شود.

آماده‌سازی برای اعلام خبر بد

- در صورت تأیید مرگ مغزی، فراهم نمودن مقدمات برگزاری جلسه "اعلام خبر بد" به عهده مددکار اجتماعی خواهد بود. برای این منظور لازم است تیم مداخله در بحران (شامل مددکار اجتماعی، پزشک، هماهنگ‌کننده و سرپرستار ICU) طی جلسه‌ای در مورد نحوه اعلام خبر بد با یکدیگر هماهنگ شوند. در این جلسه باید اعضای تیم تصمیم‌گیرند که چه اطلاعات و توضیحاتی باید توسط کدامیک از اعضا به BDCF داده شود. ضرورت دارد پزشک معالج اطلاعات مربوط به تشخیص، روند و پیشرفت بیماری را به BDCF ارائه نماید. هنگام فراخواندن خانواده به نکات زیر توجه داشته باشید:
- با خانواده تماس بگیرید و از آنها دعوت کنید که برای گفتگو در مورد روند درمان بیمار در جلسه‌ای که زمان و مکان آن را به آنها اعلام می‌کنید، شرکت کنند.
- در بسیاری موارد خانواده به مددکار اجتماعی اصرار خواهند کرد که همان موقع علت و موضوع دقیق جلسه را به آنها بگوید. ضرورت دارد از ارائه همه یا بخشی از اطلاعات مربوط به خبر بد بدون حضور اعضای دیگر تیم مداخله در بحران به طور جدی اجتناب کنید. در پاسخ به اصرارهای آنها توضیح دهید که لازم است به صورت حضوری و توسط پزشک معالج جزئیات دقیق تری در مورد فرایند درمان بیمار به آنها اطلاع داده شود.
- در کوتاه‌ترین زمان ممکن پس از مطلع شدن از مرگ مغزی فرد، جلسه مداخله در بحران را برنامه‌ریزی و برگزار کنید.

برگزاری جلسه مداخله در بحران (Bad News)

بهتر است جلسه را در مکانی که حریم خصوصی خانواده حفظ می‌شود، برگزار کنید. به عنوان مثال بهتر است فضایی که برای این جلسه انتخاب می‌کنید، در داشته باشد، محل رفت و آمد نباشد و صدا از آن به جای دیگری منتقل نشود. لازم است در این مکان فضای کافی برای نشستن اعضای تیم مداخله در بحران و خانواده تدارک دیده شده باشد.

به این نکته توجه کنید که بهتر است در طول برگزاری این جلسه صدای تلفن و یا Pager در اتاق قطع شده باشد. آرامش خود را حفظ کنید، لازم است بنشینید و به این نکته توجه داشته باشید که استرس شما به سرعت به خانواده منتقل می‌شود و می‌تواند تنش را در فرایند مداخله در بحران افزایش دهد.

در طول برگزاری جلسه مداخله در بحران لازم است اعضای تیم تماس چشمی خود را با خانواده حفظ کنند. از خانواده بپرسید در مورد وضعیت پزشکی بیمار چه می‌دانند.

اطلاعات خانواده را در مورد تشخیص، روند درمان، جزئیات مربوط به وضعیت پزشکی و نتایج آزمایش‌های بالینی بررسی کنید. این کار به شما کمک می‌کند تشخیص دهید در مرحله بعدی باید چه اطلاعاتی در اختیار خانواده قرار داده شود. هنگام گفتگو با خانواده وی به نکات زیر توجه کنید:

باید به زبان خانواده با آنها حرف زده شود. به این ترتیب لازم است در صورتی که با زبان خانواده آشنا نیستید، از قبل هماهنگی‌های لازم را برای حضور مترجم انجام دهید.

مطمئن شوید که اعضای تیم مداخله در بحران از کلمات و اصطلاحات تخصصی استفاده نمی‌کنند و در صورتی که از چنین کلماتی استفاده می‌کنند، آنها را برای خانواده توضیح می‌دهند.

لازم است از اعلام یکباره و بی‌پرده مرگ مغزی اجتناب شود. به این منظور لازم است اطلاعات در زمینه تشخیص، روند درمان، جزئیات مربوط به بیماری و نتایج آزمایش‌های بالینی BDC به تدریج در اختیار شرکت کنندگان در جلسه مداخله در بحران قرار داده شود. به صورت دوره‌ای و در میان توضیحات تیم مداخله اطمینان حاصل کنید که شرکت کنندگان به درستی مفهوم مرگ مغزی را درک کرده‌اند و توضیحات تیم مداخله را متوجه شده‌اند.

بی‌تردید خانواده در مواجهه با خبر ناگوار، واکنش‌های هیجانی نشان خواهند داد. واکنش‌های خانواده را مشاهده کنید. این واکنش‌های هیجانی ممکن است به شکل‌های مختلفی بروز کنند. سکوت، ناباوری، گریه کردن، انکار و یا خشم و عصبانیت از جمله مهمترین اشکال واکنش‌های هیجانی در چنین موقعیت‌هایی هستند. در بسیاری موارد خانواده در مواجهه با خبر ناگوار علائم شوکه شدن، در خود فرورفتن و یا سوگواری را نشان می‌دهند. لازم است با آنها همدلی کنید.

در صورتی که خانواده بعد از شنیدن خبر مرگ مغزی سکوت کردند، لازم است از آنها بپرسید که دارند به چه چیزی فکر می‌کنند و یا چه احساسی دارند. پرسیدن این سوالات باز به آنها کمک می‌کند که بتوانند هیجانات خود را متناسب با خبر ناگواری که دریافت کرده‌اند، بروز دهند.

شرایطی را فراهم کنید که خانواده بتوانند هیجانات خود را بروز دهند. اجازه دهید گریه و سوگواری کنند اما لازم است مراقب باشید هیجاناتی مانند خشم، موجب آسیب به خود یا دیگران و یا متشنج کردن فضای بیمارستان نشود.

از خانواده بپرسید آیا کسی هست که بخواهند با وی تماس گرفته شود تا در شرایط کنونی به آنها کمک کند؟ در صورتی که آنها فرد یا افرادی را به شما معرفی کردند، با افراد مورد نظر تماس بگیرید و پس از معرفی خود و توضیح مختصر در مورد علت تماس، از آنها بخواهید به محل بیمارستان مراجعه کنند.

مهم است که واکنش‌های بعدی خانواده در مواجهه با خبر ناگوار توسط تیم مداخله در بحران پیش‌بینی شوند و اقدامات لازم برای مراقبت‌های ضروری انجام گیرند. به عنوان مثال در صورت احتمال آسیب به خود یا دیگران، لازم است تیم مداخله در بحران ملاحظات لازم برای پیشگیری از آسیب به خود یا دیگری را مد نظر قرار دهد.

از طرح موضوع اهدای عضو در جلسه "اعلام خبر بد" به طور جدی پرهیز کنید. در نظر داشته باشید که طرح همزمان این دو موضوع می‌تواند منجر به بدبینی خانواده نسبت به تیم مداخله در بحران شود و مقاومت آنها را برای اعلام رضایت افزایش دهد. اجازه دهید خانواده به تیم مداخله در بحران و بخصوص مددکار اجتماعی اعتماد کنند. جلسه "اعلام خبر بد" و حمایت‌هایی که در این جلسه توسط مددکار اجتماعی انجام می‌گیرند، زمینه را برای افزایش اعتماد خانواده نسبت به مددکار اجتماعی فراهم می‌کنند. به این ترتیب در مرحله بعدی که موضوع اهدای عضو مطرح می‌شود، احتمال بی‌اعتمادی و بدبینی به حداقل ممکن کاهش خواهد یافت.

لازم است شرح جلسه "اعلام خبر بد" در قالب گزارش‌های مددکاری اجتماعی در پرونده BDC ثبت گردد.

اخذ رضایت از خانواده برای اهدای عضو

برای اخذ رضایت آگاهانه از خانواده، لازم است ابتدا موضوع را در جلسات انفرادی با افراد کلیدی و تأثیرگذار خانواده مطرح کنید. در نظر داشته باشید که افراد کلیدی و تأثیرگذار می‌توانند نقش مهمی در اخذ رضایت از خانواده ایفا کنند. این احتمال وجود دارد که در صورت طرح موضوع در جلسه گروهی با حضور افراد تأثیرگذار، مخالفت یک نفر موجب مقاومت سایرین شود. به همین دلیل بسیار مهم است که در گام اول با افراد کلیدی و تأثیرگذار به صورت انفرادی گفتگو شود. برای طرح موضوع اهدای عضو از تکنیک‌های رویارویی با خانواده‌های مرگ مغزی استفاده کنید.^{۱۱} از افراد کلیدی و تأثیرگذار برای چگونگی مطرح کردن موضوع با سایر اعضای خانواده مشورت بگیرید. آنها با توجه به شناختی که اعضای خانواده دارند، می‌توانند راهبردهای مناسبی را متناسب با شرایط آن خانواده پیشنهاد دهند. سایر مراحل اخذ رضایت باید بر اساس فرایند رضایت‌گیری کتاب ۸۵ تکنیک انجام شود. لازم است شرح جلسات انفرادی با افراد کلیدی و جلسات رضایت‌گیری با اعضای خانواده در قالب گزارش‌های مددکاری اجتماعی در پرونده BDC ثبت گردد.

حین اهدا:

پس از اخذ رضایت رسمی از خانواده BDC، لازم است مددکار اجتماعی مجموعه‌ای از اقدامات را برای حمایت از خانواده و مداخله در بحران‌های احتمالی بعدی انجام دهد.

پاسخگویی به نیازهای اطلاعاتی:

اطمینان حاصل کنید که خانواده BDC اطلاعات کافی و درست در مورد فرایند اهدا دریافت می‌کند. برای این منظور لازم است اطلاعات خانواده BDC را بررسی کنید و در صورتی که اطلاعات آنها در مورد فرایند اهدا ناقص یا اشتباه است، جلسه‌ای را برای ارائه اطلاعات با خانواده BDC تنظیم و برگزار کنید. مهمترین اطلاعاتی که باید به خانواده BDC داده شود، عبارتند از:

نحوه تماس با مددکار اجتماعی:

مطمئن شوید که اعضای خانواده BDC می‌دانند چگونه می‌توانند با شما در تماس باشند. از دادن شماره شخصی به BDCF جدا پرهیز کنید.

۱۱. برای مطالعه این تکنیک‌ها به کتاب "۸۵ تکنیک: شیوه‌های اصولی و نوین رویارویی با خانواده‌های افراد مرگ مغزی" نوشته دکتر امید قیادی و دکتر کتابیون نجفی زاده مراجعه کنید.

زمان و نحوه ملاقات با BDC:

زمان‌هایی را که BDCF می‌توانند با BDC ملاقات کنند، به آنها اطلاع دهید. در نظر داشته باشید در شرایطی که خانواده رضایت خود را برای اهدای عضو اعلام کرده است، تقاضای بیشتری برای ملاقات با BDC دارد. مهم است این وضعیت با هماهنگی با مسئول ICU مدیریت شود. طوری که شرایط خاص BDCF در نظر گرفته شود و در عین حال عملکرد بخش مخدوش نشود. توجه داشته باشید که قبل از انتقال BDC به اتاق عمل جهت برداشت عضو، در صورت تمایل خانواده به ملاقات با BDC، لازم است هماهنگی‌های لازم در این خصوص صورت پذیرد.

طول مدت برداشت:

به BDCF توضیح دهید بر اساس تشخیص تیم پزشکی، برداشت چه زمانی و طی چه مدتی انجام خواهد گرفت. نکته بسیار مهم این است که BDCF بدانند علت تأخیرهای احتمالی در برداشت عضو چیست. به عنوان مثال در صورتی که برای برداشت عضو لازم است تیمی از سایر مراکز اعزام شود، بی تردید برداشت عضو با تأخیر روبرو خواهد شد. BDCF را در مورد فرایند برداشت بی اطلاع نگذارید. بخصوص در صورتی که خانواده متوجه شود، برداشت با تأخیر در حال انجام است، احتمال انصراف از اهدا و بی‌اعتمادی در آنها افزایش می‌یابد. اطلاع دادن به موقع و به اندازه‌ی کافی به BDCF می‌تواند مانع از انصراف و بی‌اعتمادی آنها شود.

فرایند برداشت:

برای BDCF شرح دهید که برداشت عضو در کجا انجام خواهد شد. در صورتی که برداشت عضو در شهر دیگری انجام می‌پذیرد، لازم است برای اعضای خانواده BDC توضیح دهید که چند نفر از آنها می‌توانند BDC را همراهی نمایند. مهم است که برای BDCF به روشنی توضیح داده شود ضرورت دارد کسانی که از نظر قانونی اولیای دم محسوب می‌شوند، BDC را همراهی کنند. زمان دقیق برداشت را به BDCF اطلاع دهید و به آنها بگویید که در زمان برداشت می‌توانند در بیمارستان حضور داشته باشند. یکی از مهم‌ترین درخواست‌های بسیاری از BDCs از زمانی که رضایت خود را برای اهدا اعلام می‌کنند، این است که به آنها گفته شود چه کسی یا کسانی گیرنده عضو هستند. به خاطر داشته باشید اطلاع‌رسانی در این زمینه از نظر حرفه‌ای مجاز نیست. از این رو به طور جدی از ارائه اطلاعات در مورد گیرنده (گیرندگان) اجتناب کنید. لازم است برای BDCF توضیح دهید که چرا نمی‌توانید این اطلاعات را در اختیار آنها قرار دهید. مهمترین دلایلی که می‌توانید در این مورد به آنها اشاره کنید، به شرح زیر هستند:

- برای خانواده اهدا کننده ممکن است بسیار دردناک باشد که اعضای بدن فرزند را در بدن شخص دیگر ببیند.
- ممکن است فرد گیرنده هنوز از نظر جسمی بیمار باشد و حتی پیوند را پس بزند و اگر دو خانواده با هم در تماس باشند باعث شوک دوم به خانواده خواهد شد و فشار روانی بالایی به خانواده اهداکننده در صورت مرگ وی وارد شود.
- ممکن است خانواده، چه گیرنده چه اهدا کننده تمایل به رفت و آمد و تماس با هم را به طور مرتب داشته باشند که شاید خوشایند طرف مقابل نباشد و باعث ناراحتی یکی از طرفین شود.
- در نهایت تفاوت‌های عقاید و فرهنگ بین گیرنده و اهدا کننده ممکن است برای طرفین ناخوشایند باشد.
- برای گیرنده ممکن است احساس گناه ایجاد شود که با مرگ شخصی به وی زندگی بخشیده شده است.

فرایند تحویل متوفی به BDCF:

فرایند اداری داخل بیمارستان برای تحویل گرفتن جسد را به BDCF توضیح دهید. در صورتی که برداشت در شهر دیگری انجام گرفته است، در مورد فرایند قانونی و اداری ویژه‌ای که باید انجام گیرد، به خانواده توضیح دهید. در صورتی که BDC در اثر حادثه دچار مرگ مغزی شده است، به خانواده وی توضیح دهید که صدور گواهی فوت منوط به مراجعه به مراجع قضایی است. BDCF را در این خصوص راهنمایی کنید و به آنها توضیح دهید که به طور معمول صدور گواهی فوت در چنین شرایطی چه مدت طول می‌کشد.

پیگیری نیازهای حقوقی:

چنانچه فرد مرگ مغزی شده بر اثر سانحه آسیب دیده باشد، ممکن است BDCF نیاز به مشاوره‌های حقوقی داشته باشد. اطمینان حاصل کنید که اقدامات لازم برای جمع آوری مستندات مورد نیاز انجام شده است. در صورتی که خانواده نیاز به وکیل یا مشاوره حقوقی دارد، پیگیری‌های لازم را برای تسهیل دسترسی به خدمات حقوقی انجام دهید.

حمایت های روانی:

همانطور که قبلاً اشاره شد از لحظه اعلام خبر بد و رضایت گیری، خانواده در حال طی کردن مراحل سوگ بوده و به همین دلیل ممکن است نیاز به حمایت های روانی داشته باشد. در صورتی که خانواده نتواند به طور طبیعی مراحل سوگ را طی کند، احتمال این وجود دارد که به "اختلال سوگ پایدار" دچار شود. به همین دلیل ضرورت دارد مانع سوگواری اعضای خانواده نشوید و به آنها کمک کنید بدون اینکه به خود یا دیگران آسیب برسانند مراحل سوگ را طی کنند.

عدم اطلاع اطرافیان در مورد موضوع مرگ مغزی و سوء ظن در مورد فروش اعضاء توسط BDCF از جمله مواردی است که می‌تواند تنش خانواده را افزایش دهد. مهم است که این پویایی‌ها را در زمان مناسب تشخیص داده و در صورت نیاز از طریق افراد کلیدی که پیش از این جلسه اعلام خبر بد شناسایی شده و اطلاعات لازم را در خصوص مرگ مغزی دریافت کرده‌اند، حمایت‌های لازم برای خانواده برنامه‌ریزی شود.

ممکن است برخی از اعضای خانواده نسبت به مرگ BDC، دیگران را مقصر دانسته و احساس خشم داشته باشند. در صورتی که احتمال درگیری خانواده با اطرافیان وجود دارد، از طریق مهارت‌های میانجیگری آرامش را در خانواده برقرار کنید. ممکن است خانواده به دنبال رضایت برای اهدای عضو، احساس کند که باید از طرف جامعه مورد قدردانی بسیار زیادی قرار گیرد. به خانواده کمک کنید تا جایگاه اهدای عضو را در سیستم نیازهای خود (به عنوان مثال کمک به هم نوع) درک کرده و انتظارات واقعی او تقویت شود.

با خانواده در خصوص مراسم تدفین و ختم صحبت کنید. توضیح دهید نماینده انجمن در مراسم ختم حضور می‌یابد و علاوه بر این انجمن می‌تواند بیانیه‌ای در خصوص اهداء اعضاء BDC قرائت کرده و بنری جهت تسلیت و تقدیر از این عمل ارزشمند به مراسم ارسال کند. در صورتی که خانواده تمایل به دریافت این خدمات را دارد، خدمات مذکور را انجام دهید.

پاسخگویی به نیازهای اقتصادی:

توجه داشته باشید که بلافاصله پس از اعلام رضایت خانواده برای اهدای عضو BDC به یکی از مراکز فراهم آوری منتقل خواهد شد. کلیه هزینه‌ها از زمان اعلام رضایت مطابق قوانین بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. هزینه‌های درمان تا قبل از اعلام رضایت خانواده برای اهدای عضو، در بیمارستان‌های دولتی بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در بیمارستان‌های خصوصی بر عهده خانواده است. در صورتی که خانواده در شرایط اقتصادی نامناسبی قرار دارد و نیازمند حمایت یابی برای تامین هزینه‌های درمان تا قبل از اعلام رضایت، کفن و دفن و انتقال متوفی به شهر مبداء باشد، منابع لازم را جستجو کنید.

فراهم نمودن شرایط اسکان:

در صورتی که خانواده تمایل داشتند تا زمان برداشت عضو در بیمارستان حضور داشته باشند، نیاز خانواده به اسکان را بررسی کرده و با همکاری واحد فراهم آوری، اطمینان حاصل کنید خانواده داخل بیمارستان یا نزدیک بیمارستان به مکانی مناسب برای استراحت دسترسی خواهند داشت.

پس از اهدا

لازم است مددکار اجتماعی وضعیت خانواده را پس از اهدا پایش نموده و نسبت به ارائه خدمات کوتاه مدت و بلند مدت به آنها اقدام نماید. در ادامه جزئیات دقیق تری در مورد این خدمات آورده شده است:

کوتاه مدت (داخل بیمارستان):

تسهیل فرایند تحویل جسد:

در نظر داشته باشید که BDCF پس از اهدا به کمک نیاز خواهند داشت. لازم است برای BDCF فرایند تحویل جسد را توضیح دهید و پیگیری کنید که این فرایند در بیمارستان برای آنها تسهیل شود. پیگیری را به خود آنها واگذار نکنید. همراهی شما با BDCF نوعی همدلی با آنها بشمار می‌رود.

حمایت روانی:

در صورتی که BDCF مایل هستند در مورد BDC حرف بزنند، بهتر است فرصتی را برای این منظور در نظر بگیرید. برای BDCF در ساعات پس از اهدا یک فضای مناسب پیش بینی کنید و از روانشناس بیمارستان برای حمایت روانی در این ساعات کمک بگیرید. در اغلب موارد BDCF نسبت به برخوردهایی که پس از اهدا در بیمارستان با آنها می‌شود، بسیار حساس هستند. برخوردهای نابجا در بیمارستان می‌تواند این حساسیت و در پی آن فشار روانی BDCF را افزایش دهد. لازم است علاوه بر این که BDCF را همراهی می‌کنید و سعی می‌کنید حمایت روانی را برای آنها تدارک ببینید، اطمینان حاصل کنید که سایر پرسنل در بیمارستان شرایط این

خانواده را در نظر می‌گیرند. به این منظور لازم است به کارکنانی که در بیمارستان با این خانواده‌ها در ارتباط خواهند بود، اطلاع دهید که آنها با اهدای عضو موافقت کرده‌اند و اکنون سوگوارند.

پیگیری و تسهیل فرایند تسویه حساب:

به BDCF توضیح دهید که کلیه هزینه های بیمارستان از زمان اعلام رضایت، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداخت می‌شود و برای دریافت برگه تسویه حساب نیازی به پرداخت نیست. به آنها توضیح دهید که برگه تسویه حساب برای ارائه به مراجع قانونی (مانند مراجع قضایی) ضرورت دارد. با کارکنان حسابداری بیمارستان تماس بگیرید و آنها را از اهدای عضو مطلع کنید و تأکید نمایید که ملاحظات لازم برای تسویه حساب با BDCF را در نظر بگیرند.

هماهنگی برای انتقال جسد:

تعداد زیادی از برداشتهایی که در ایران صورت می‌گیرد، در شهر محل سکونت BDC نیستند. به همین دلیل انتقال جسد از شهر محل برداشت به شهر محل دفن BDC مستلزم طی تشریفات قانونی ویژه‌ای خواهد بود. لازم است در این مورد به BDCF توضیح دهید.

در مواردی که BDC در حادثه دچار مرگ مغزی شده است، تشریفات قانونی ممکن است نیازمند صرف زمان بیشتری باشد. از طریق بیمارستان با کلانتری و مراجع قضایی که باید برای صدور مجوز انتقال جسد اقدامات قانونی را انجام دهند، تماس بگیرید و به آنها در مورد اهدای عضو اطلاع دهید. اطمینان حاصل کنید که BDCF برای استفاده از آمبولانس به منظور انتقال جسد در اولویت قرار می‌گیرد.

پرداخت کمک هزینه برای انتقال جسد:

به BDCF توضیح دهید که هزینه‌های انتقال جسد توسط مرکز فراهم آوری پرداخت می‌شود. اطمینان حاصل کنید که مرکز فراهم آوری به موقع نسبت به پرداخت هزینه اقدام می‌نماید.

حمایت یابی برای دفن (هماهنگی برای دفن در قطعه خاص):

در برخی شهرها مانند تهران، شیراز و یزد قطعه خاصی برای دفن افرادی که اهدای عضو شده‌اند، پیش بینی شده است و دفن در این قطعات رایگان است. لازم است اطلاعات مددکار اجتماعی در مورد شهرهایی که چنین امکانی را فراهم کرده‌اند، به روز باشد. در مواردی که شهر محل دفن BDC قطعه خاص برای دفن در نظر گرفته است، لازم است با سازمان آرامستان‌های شهر مذکور تماس بگیرید و ضمن اطلاع رسانی به آنها اطمینان حاصل کنید که BDCF می‌تواند متوفی را در قطعه مذکور دفن کند. ضرورت دارد در مواردی که امکان تدفین رایگان در آرامستان‌های شهر مقصد پیش بینی نشده است، برای عدم پرداخت هزینه‌های تدفین با سازمان آرامستان‌های شهر مقصد مذاکره و رایزنی کنید.

کوتاه مدت (خارج از بیمارستان):

شرکت در مراسم تدفین:

در صورتی که BDC در شهری که محل خدمت شماست دفن خواهد شد، ضرورت دارد در مراسم تدفین BDC شرکت کنید. لازم است علاوه بر مددکار اجتماعی مسئول فراهم آوری نیز در این مراسم حضور داشته باشد. علاوه بر این بسیار اهمیت دارد که افراد سرشناس و کلیدی شهر نیز برای شرکت در این مراسم دعوت شوند.

در صورت رضایت BDCF، بهتر است در مراسم ختم توسط افراد تأثیرگذار و کلیدی سخنرانی کوتاهی به منظور تقدیر از BDCF انجام شود.

با هماهنگی مرکز فراهم آوری برای تسلیت به BDCF بنر تهیه کنید و علاوه بر تسلیت، تقدیر به دلیل اهدای عضو را نیز در متن بنر بگنجانید. در نظر داشته باشید که نصب بنر باید با رضایت BDCF انجام شود.

در صورتی که متوفی در شهر محل خدمت شما دفن نمی شود، برای حمایت روانی از BDCF حمایت یابی کنید. برای این منظور می توانید با مراکز شناسایی یا شعب انجمن و یا مددکاران اجتماعی فعال در بیمارستان‌های شهر مذکور تماس بگیرید.

بلند مدت

ممکن است خانواده به دنبال از دست دادن BDC، در ابعاد مختلفی از جمله کارکردهای اقتصادی، روانی، مراقبتی، و ... دچار اختلال گردد. بی تردید در صورتی که BDC 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 BDCF اقدام کند. در صورت نیاز، لازم است مددکار اجتماعی مداخلاتی را برای بهبود کارکردهایی که در اثر فقدان BDC کاهش یافته‌اند، اجرا کند. رویکرد اصلی در ارائه خدمت در این مرحله، مدیریت مورد پایه^{۱۲} خواهد بود به این معنا که مددکار اجتماعی مداخلات، ارجاع و پیگیری‌ها را به گونه‌ای برنامه ریزی و اجرا می‌کند که خانواده BDC 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. توضیحات بیشتر در مورد مداخلات مذکور در ادامه آورده شده است. توجه داشته باشید مداخلات مربوط به شش ماهه اول پس از اهدا برای کلیه خانواده‌های اهداکننده ضروری است.

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)

هدف گذاری برای 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 می کنید،^{۱۳} SMART باشند. با مشارکت خانواده اولویتهای مداخلات را تعیین کنید.

برنامه ریزی طبق هدف:

لازم است برای هر یک از اهداف تعیین شده در مرحله قبل برنامه زمانبندی تهیه شود. حداقل اجزایی که باید در این برنامه با جزئیات ذکر شوند، فعالیتها، مجری فعالیت، امکانات و ابزارهای مورد نیاز برای اجرای فعالیت و زمان اجرای آنهاست. برنامه زمانبندی باید به گونه ای تهیه شود که به دقت فعالیت های 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.

ارجاع درون و برون سازمانی:

خدمات موجود و ارائه دهندگان خدمات را شناسایی کنید و در مورد نحوه دریافت هر یک از خدمات اطلاعات دقیق کسب نمایید. لازم است برای انجام ارجاع های حرفه ای و حمایت یابی بانک اطلاعات منابع موجود را تهیه و به طور منظم به روز رسانی کنید. در عین حال لازم است مددکار اجتماعی با مددکاران اجتماعی در سایر بیمارستان ها و سازمانها و نهادهای دولتی و غیر دولتی در سطح استان و در صورت نیاز در سطح کشور در ارتباط باشد تا بتواند ارجاع و حمایت یابی را به شکل مناسبی انجام دهد. همواره منابعی را که BDCF را به آنها ارجاع می دهید، ارزیابی کنید و لیست آنها را بازنگری و به روز نمایید. به طور واضح برای خانواده توضیح دهید چرا ارجاع در این مرحله به آنها کمک خواهد کرد. به طور واضح برای خانواده توضیح دهید که در فرایند ارجاع باید چه کارهایی انجام دهند (با چه کسی تماس بگیرند، نزد چه کسی بروند، چه چیزی بگویند، به کجا بروند و ...). در مورد فرد یا سازمان / موسسه ای که خانواده را به آن ارجاع خواهید داد، اطلاعات دقیقی به خانواده بدهید. فرد، سازمان یا موسسه مقصد را از ارجاع آگاه کنید. در صورت نیاز با سازمان مقصد مکاتبه کنید. ارجاع را پیگیری کنید. مطمئن شوید خدمت مورد نظرتان به خانواده ارائه شده است و در صورتی که ارجاع ناموفق بوده است، دوباره برای ارائه خدمت برنامه ریزی کنید (ارزشیابی ارجاع). مهم است که اطمینان حاصل کنید خانواده توسط فرد، سازمان یا موسسه مقصد با احترام و رعایت اصول اخلاقی پذیرفته شده اند. در صورتی که برای دریافت خدمت از فرد، سازمان یا موسسه مقصد باید هزینه پرداخت شود، موضوع را قبل از ارجاع به خانواده اطلاع دهید. خانواده را برای استفاده از خدمت فرد، سازمان یا موسسه مقصد تحت فشار قرار ندهید.

¹³. Specific, Measurable, Accessible, Realistic, Time-bound

در صورت نیاز گزارش مختصری از وضعیت خانواده برای فرد، سازمان یا موسسه مقصد با رعایت اصول اخلاقی ارسال کنید. (پیوست شماره ۴)

حمایت یابی درون و برون سازمانی:

برای حمایت یابی و کسب منافع که موجب پیشبرد برنامه مداخله می شوند، در درون و یا بیرون از انجمن، برنامه ریزی و اقدام کنید.

امکان دارد برای حمایت یابی لازم باشد 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. این نوع حمایت یابی را باید در شرایطی انجام دهید که خانواده از مهارت، دانش و توانایی‌های کافی برای تأمین منافع خود برخوردار نیستند و مداخله مستقیم مددکار اجتماعی برای این امر ضرورت دارد.

در شرایطی که خانواده از سطحی از مهارت، دانش و توانایی برخوردار هستند که می توانند بخشی از فرایند جلب حمایت را انجام دهند اما حضور مددکار اجتماعی در کنار آنها موجب تسهیل فرایند و یا افزایش کیفیت خدمات فرد، سازمان و یا موسسه ارائه دهنده خدمت می‌شود، لازم است مددکار اجتماعی برای حمایت یابی، خانواده را همراهی نماید. در این نوع حمایت یابی اقدامات به طور مشترک توسط مددکار اجتماعی و خانواده انجام می‌شود و یا بین آنها تقسیم وظیفه صورت می‌گیرد.

در صورتی که خانواده از مهارت، دانش و توانایی‌های لازم برای جلب حمایت به نفع خود برخوردار هستند، نیازی به حضور فیزیکی مددکار اجتماعی برای حمایت یابی وجود نخواهد داشت. در چنین موقعیت‌هایی مددکار اجتماعی 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.

خدمات مشاوره‌ای:

در بسیاری موارد BDCF برای به دست آوردن کارکردهای معمول خود به انواع خدمات مشاوره‌ای نیاز خواهد داشت. مشاوره سوگ یکی از نیازهای اساسی این خانواده‌هاست. 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. در چنین مواردی ضرورت دارد اقدامات لازم را برای تسهیل دسترسی BDCF به خدمات مشاوره‌ای انجام دهید.

ارائه مشاوره سوگ برای همه BDCFs ضرورت دارد.

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. 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 حرفه‌ای 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، نشخوار فکری 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 دست رفته می‌اندازد، تمایل به مرگ برای پیوستن به عزیز از دست رفته، 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 درست 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 دست رفته یا تصور دیدن او، علائم جسمانی مانند دردهای قلبی و گوارشی و همچنین افزایش مصرف سیگار و مشروبات الکلی نیز در میان BDCFs وجود دارد. در صورتی که نشانگان سوگ بیش از ۶ ماه ادامه یابد، باید احتمال اختلال سوگ مورد بررسی قرار گیرد. ضرورت دارد برای BDCF 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. به BDCF کمک کنید به موقع عزاداری کنند.
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 پیش بینی 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 دسترسی BDCF را به خدمات 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. بی تردید در صورتی که BDCF 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 وضعیت BDCF 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 BDCF با اولویت و در اولین زمان ممکن صورت گیرد. این خدمات در چارچوب مداخله در بحران قرار می‌گیرد و تأخیر در آن به هیچ وجه جایز نیست.

حمایت مالی:

در مواردی که BDC نان آور خانواده بوده است و BDCF برای تأمین هزینه معاش خود با مشکل مواجه شده است، لازم است برای حمایت مستقیم و توانمندسازی اقتصادی خانواده اقدامات زیر را انجام دهید:

حمایت مستقیم:

منظور از حمایت مستقیم هر نوع پرداخت نقدی یا غیر نقدی به منظور کمک به تأمین معاش BDCF است. برای تأمین هزینه‌های حمایت مستقیم ضرورت دارد از منابع دولتی و غیردولتی حمایت یابی نمایید.

توانمندسازی اقتصادی خانواده:

برنامه ریزی و پیگیری امور مربوط به توانبخشی حرفه‌ای BDCFs (شامل ارزیابی، مشاوره و برنامه ریزی شغلی، ارجاع برای آموزش‌های حرفه‌ای، کمک به مراجع برای تهیه طرح کسب و کار، حمایت یابی شغلی، شبکه سازی شغلی و ...) را در دستور کار خود قرار دهید.

با مشارکت مراجع برنامه اشتغال وی را طراحی نمایید. در طراحی برنامه به توانایی‌ها و مهارت‌های او توجه کنید. در صورتی که مراجع نیازمند آموزش مهارت حرفه‌ای خاصی بود، او را به مراکز آموزش حرفه‌ای ارجاع دهید.

در مواردی که مراجعین ایده‌های جدیدی برای کسب و کار دارند یا می‌خواهند کسب و کار خود را توسعه دهند، آنها را با بسته‌های آموزشی کارآفرینی آشنا کنید و هماهنگی‌های لازم را برای شرکت در جلسات آموزشی مربوطه بعمل آورید. به مراجعین در تهیه طرح کسب و کارشان کمک کنید.

مذاکره‌های سه جانبه (مددکار، کارفرما و مراجع) می‌توانند به مراجع و کارفرما برای همکاری مؤثر با یکدیگر کمک کنند. برای این مذاکره‌ها برنامه ریزی و هر یک از طرفین را برای حضور در جلسه آماده کنید.

برای تأمین منابع مورد نیاز برای راه اندازی و یا توسعه کسب و کار توسط مراجع، حمایت یابی‌های لازم را انجام دهید.

توصیه می‌شود پرداخت وام با سود کم (و نه کمک‌های بلاعوض) را برای راه اندازی و یا توسعه کسب و کار مراجعین با اولویت پیگیری کنید. در نظر گرفتن فرصت (دوره خواب) برای آغاز پرداخت اقساط و بازپرداخت وام در طولانی مدت از جمله مهمترین مواردی هستند که باید در تأمین اعتبار مورد نیاز برای راه اندازی و یا توسعه کسب و کارهای کوچک مورد توجه قرار گیرند.

راه اندازی صندوق اعتبارات خرد می‌تواند یکی از روش‌های تأمین اعتبار مورد نیاز برای راه اندازی و توسعه کسب و کار تلقی شود. امکان راه اندازی چنین صندوقی را در میان مراجعینی که از ثبات بیشتری برخوردار هستند، بررسی کنید و ضمن دریافت مشاوره‌های فنی در این خصوص، افراد واجد شرایط را برای تشکیل صندوق حمایت کنید. در نظر داشته باشید که اعطای وام در چنین صندوقی باید منوط به ارائه طرح کسب و کار توسط مراجع باشد.

در مواردی که پس از اهدای عضو BDC، زنان سرپرست خانوار و ناچار به تأمین معاش خانواده می‌شوند، چالش‌های توانمندسازی اقتصادی BDCFs بیشتر خواهد بود. از آنجایی که در بسیاری از موارد این زنان خانه دار هستند و از مهارت‌های لازم برای اشتغال و کسب درآمد برخوردار نمی‌باشند، به همین دلیل ضرورت دارد برای توانبخشی حرفه‌ای آنها برنامه ریزی و اقدام کنید.

به نگرانی‌های زنان برای اشتغال توجه کنید. به عنوان مثال لازم است موانع فرهنگی برای اشتغال زنان، اعتماد بنفیس پایین فرد و تداخل نقش‌ها به طور ویژه مد نظر قرار گیرند.

بیمه

مراجعین را از نحوه قرار گرفتن تحت پوشش بیمه‌های درمان و اجتماعی آگاه کنید.

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 تجمیع 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.

حمایت از کودکان

در مواردی که حضانت یک یا چند کودک به عهده BDC بوده است، موضوع حضانت کودک توسط فرد واجد شرایط را با اولویت پیگیری نمایید و اطمینان حاصل کنید که کودک تحت حضانت فرد دارای صلاحیت قرار می‌گیرد. به این منظور می‌توانید از مشاوره‌های حقوقی نیز بهره بگیرید.

در فرایند قضایی به منظور تصمیم‌گیری در خصوص حضانت کودک، گزارش مددکار اجتماعی در مورد وضعیت کودک و خانواده می‌تواند به قاضی کمک کند تصمیمی را اتخاذ نماید که منافع عالی کودک در آن لحاظ شده باشد.

در مواردی که مراقبت از کودک به عهده BDC 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. ارجاع برای آموزش یا دریافت خدمات مشاوره‌ای بخشی از خدمات قابل ارائه در این زمینه هستند.

در شرایطی که به دلیل فقدان BDC، عملکرد مراقب کودک با اختلال مواجه شده است، دلایل افت عملکرد مراقب را بررسی کنید و به منظور افزایش عملکرد وی دریافت خدمات مشاوره‌ای و حمایت‌یابی را در دستور کار خود قرار دهید.

غفلت از کودکان در دوره‌ای که خانواده در حال سوگواریست، بسیار شایع است. در عین حال این احتمال وجود دارد که مراقبین کودک به دلیل شرایط نامناسب روانی نسبت به کودک انواع آزارهای روانی-عاطفی و یا فیزیکی را اعمال کنند. ضرورت دارد نسبت به احتمال آزار دیدن کودکان در BDCFs حساس باشید و در صورتی که موارد آزار را شناسایی کردید، برای حمایت از کودک اقدام نمایید.

همانطور که پیش از این نیز اشاره شد، در صورتی که بیش از ۶ ماه پس از فقدان فرد مورد علاقه کودک همچنان علائم سوگ در او مشاهده می‌شود، ضرورت دارد خدمات مشاوره‌ای ویژه برای کودک پیش‌بینی شود. اطمینان حاصل کنید که کودکان در ۶ ماه اول پس از اهدای عضو خدمات مشاوره‌ای پیشگیرانه را دریافت خواهند کرد.

یکی از مهمترین نشانگان عدم انطباق کودکان با فقدان BDC، افت تحصیلی است. برای پیشگیری از افت تحصیلی کودکان مراقب کودک را نسبت به این مسئله حساس کنید. از سوی دیگر در صورتی که لازم است با اولیای مدرسه ارتباط برقرار کنید. از آنها درخواست کنید که کودک برای جبران عدم حضور در کلاس‌ها یا آموزش‌هایی که در دوره سوگواری در مدرسه ارائه شده‌اند، کمک کنند، او را در فعالیتهای مشارکتی مدرسه وارد نمایند، به علائم افت تحصیلی کودک حساس باشند و در صورتی که این علائم را مشاهده کردند، به BDCF و مددکار اجتماعی اطلاع دهند.

در صورتی که کودک دچار افت تحصیلی شده است، پیگیری‌های لازم را برای دریافت مشاوره انجام دهید و اطمینان حاصل کنید که کودک مشاوره‌های مورد نیاز را دریافت می‌کند.

نسبت به رفتارهای پرخطر، انزوا و رفتارهای پرخطر (مانند مصرف مواد یا الکل توسط نوجوانان) در کودکان و نوجوانان در BDCFs حساس باشید. چنانچه خانواده گزارش‌هایی در این موارد به شما داد، شرایط را برای ارائه مشاوره و در صورت نیاز درمان‌های لازم برای کودک و نوجوان فراهم نمایید.

هر عملکرد دیگری که به دلیل فوت BDC در خانواده دچار اختلال شده است، می‌تواند موضوع پیگیری و مداخله مددکار اجتماعی باشد.

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، خانواده‌ها 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 BDC می‌باشد. 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 BDCF در مورد اهدای عضو فشار روانی قابل توجهی به آنها وارد می‌کند. اتهام‌هایی نظیر فروش اعضا و قتل BDC از جمله مواردی هستند که می‌توانند به آشفتگی خانواده منجر شوند. 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 خانواده‌ها از تکنیک‌های 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 آموزش‌های لازم را دیده است، کمک گرفته شود.

مداخله مددکاری گروهی

برخی از موضوعاتی که می‌توانند دستمایه مداخلات مددکاری گروهی قرار گیرند، عبارتند از: انطباق با شرایط جدید، مهارت‌های ارتباطی و حمایت و مراقبت از کودکان. برای اداره جلسات مددکاری گروهی با اولویت از رویکرد توسعه (به طور ویژه از روش آموزشی-مشاوره‌ای) استفاده کنید.

شرایط را برای تشکیل گروه‌ها خودیار تسهیل کنید. اعضای گروه‌های خودیار شامل خانواده‌هایی هستند که در سال‌های گذشته نسبت به اهدای عضو اقدام نمودند و مایلند تجربیات خود را با سایر خانواده‌هایی که اقدام مشابه انجام داده‌اند، به اشتراک بگذارند. حضور BDCFs 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 BDCFs، به آنها کمک می‌کند فضای مناسبی برای برقراری ارتباط با افراد مشابه خود بیابند. مددکار اجتماعی می‌تواند با برقرار کردن ارتباط میان BDCFs و تسهیل دستیابی به ملزومات برگزاری جلسه تشکیل این گروه‌ها را تسهیل نماید.

تقویت شبکه حمایتی

به BDCF 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 BDCF 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 نمی یابد. 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 BDCF در جلسات شبکه حامیان شرکت کند.

ارزشیابی

هرگاه اهداف پیش بینی شده توسط مددکاراجتماعی تحقق یافت، فرایند ارائه خدمت به BDCF باید خاتمه داده شود. برای این منظور اطمینان حاصل کنید که خانواده به عملکرد عادی دست یافته است، توانایی لازم برای تأمین معاش خود را دارد، از اختلال سوگ پیشگیری شده و نشانگان اختلال سوگ درمان شده اند، شبکه حمایتی خانواده تقویت شده است و 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 BDCF ندارد، بازنگری کنید یا خاتمه دهید.

قبل از بازنگری یا خاتمه ارائه خدمات و یا ارجاع به سایر منابع، در مورد نیازها، سایر انتخابها و اولویتها با BDCF گفتگو کنید. در مواردی که خود BDCF 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 رابطه جنسی 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.

پیگیری پس از ترخیص

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

روش ارزیابی اهداف مداخله

برای ارزیابی اهداف مداخله، اطمینان حاصل کنید که شاخص های زیر تحقق یافته باشند:

- **BDCF** مراحل سوگ را به طور طبیعی طی کرده باشد یا در صورتی که مراحل سوگ غیرطبیعی بوده، درمان دریافت کرده باشد
- **BDCF** قادر به تأمین معاش خود باشد
- **BDCF** تحت حمایت یک شبکه حمایتی باشد
- کودکان در **BDCF** از مراقبت مناسب برخوردار باشند
- عملکرد **BDCF** عادی باشد
- کودکان و نوجوانان **BDCF** از عملکرد عادی تحصیلی برخوردار باشند
- **BDCF** 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.

گزارش نویسی

تمامی خدماتی که توسط مددکار اجتماعی ارائه می‌شوند، باید در پرونده **BDCF** با جزئیات ثبت گردند. حداقل اجزای گزارشی که باید در پرونده **BDCF** ثبت شوند، شامل گزارش ارزیابی وضعیت **BDCF**، گزارش ارجاع‌ها به منظور دریافت انواع مشاوره‌ها، گزارش ارزیابی دوره ای وضعیت **BDCF** و گزارش وضعیت **BDCF** پس از خاتمه مداخلات می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

در این راهنما مبنای اصلی برای رعایت اصول اخلاقی کدهای اخلاقی مصوب انجمن علمی مددکاری اجتماعی ایران (شماره ۳۰۳/ت/۹۲ مورخ ۱۳۹۲/۳/۷) هستند. مددکار اجتماعی اطمینان حاصل خواهد کرد که تمامی ملاحظات اخلاقی در فرایند رضایت‌گیری رعایت خواهند شد.

در مواردی که **BDCFs** از مددکار اجتماعی درخواست می‌کند تا شرایط را به منظور ملاقات و ارتباط با گیرندگان اعضا فراهم نماید، مددکار اجتماعی از این اقدام پرهیز خواهد نمود و دلایل عدم معرفی گیرندگان اعضا را به آنها توضیح خواهد داد. مددکار اجتماعی هرگز وارد فرایندهایی که به تخصیص اعضا منجر می‌شود، نخواهد شد و در صورتی که از چنین مواردی مطلع شود، موضوع را به مراجع قانونی اطلاع خواهد داد.

در صورتی که **BDCF** غیر ایرانی بود، مددکار اجتماعی اطمینان حاصل خواهد کرد که خدمات پس از اهدا بدون تبعیض به آنها ارائه می‌شود.

در صورتی که یک یا بیش از یک عضو **BDCF** مبتلا به اختلال روانپزشکی یا اختلال مصرف مواد باشد، مددکار اجتماعی پیگیری‌های لازم برای تسهیل دسترسی آنها به خدمات درمانی را انجام خواهد داد.

چنانچه در **BDCF** زن باردار حضور داشته باشد، مددکار اجتماعی اطمینان حاصل خواهد کرد که وی در تمامی مراحل از اعلام‌خبر بد تا زمان تولد نوزاد از مراقبت‌های مناسب برخوردار شود.

۱. Long T, Sque M, Addington-Hall J. Conflict rationalisation: how family members cope with a diagnosis of brain stem death. *Social science & medicine*. 2008;67(2):253-61.
۲. Bosnell R, Madder H. Concepts of brain death. *Surgery-Oxford International Edition*. 2011;29(7):289-94.
۳. Manzari ZS, Mohammadi E, Heidari A, Aghamohammadian Sherbaf H, Modabber Azizi MJ, Khaleghi E. Experiencing brain death diagnosis by patients' family members and organ donation: a qualitative study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2011;4(6):63-74. eng.
۴. Satoh A. Care and support for organ donor families. *Japan Med Assoc J*. 2011;54(6):392-7.
۵. Siminoff LA, Mercer MB, Arnold R. Families' understanding of brain death. *Progress in Transplantation*. 2003;13(3):218-2.۴
۶. Hosinrezaei H, Ranjbar H, Arab M. Brain Death and Organ Donation: Experiences of Families. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*. 2012;1(1):34-40. eng.
۷. Rassin M, Lowenthal M, Silner D. Fear, ambivalence, and liminality: key concepts in refusal to donate an organ after brain death. *JONA'S healthcare law, ethics and regulation*. 2005;7(3):79-83.
۸. Holman A. Psychosocial determinants of organ donation intentions and their relevance for public campaigns. *Postmodern Openings*. 2013;4(1):9.۲۷-
۹. Mojtabae M, Ghorbani F, Mohsenzadeh M, Beigee F, editors. Update on Causes of Family Refusal for Organ Donation and the Related Factors: Reporting the Changes Over 6 Years. *Transplantation proceedings*; 2018.
۱۰. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing ethics*. 2009;16(5):561-73.
۱۱. Aabedi h, Mohamadi M, Aabdyazdian G. The Experience of Brain Death Patients' Families Regarding Communication and Familiarity with the Family and the Receptor of the Body Tissue. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017;13(47):92-100.
۱۲. Walker W, Broderick A, Sque M. Factors influencing bereaved families' decisions about organ donation: an integrative literature review. *Western journal of nursing research*. 2013;35(10):1339-59.
۱۳. Yousefi H, Roshani A, Nazari F. Experiences of the families concerning organ donation of a family member with brain death. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014;19(3):323.
۱۴. Aldridge A ,Guy BS. Deal breakers in the organ donation request process. *Health marketing quarterly*. 2008;23(4):17-31.
۱۵. Bocci M, D'Alò C, Barelli R, Inguscio S, Prestifilippo A, Di Paolo S, et al., editors. Taking care of relationships in the intensive care unit :positive impact on family consent for organ donation. *Transplantation proceedings*; 2016: Elsevier.
۱۶. Lee HJ, Jin MJ, Han SY, Han KH, Oh SW, Jang H-Y, et al. Survey Regarding Attitude of Family About Organ Donation After Brain Death in Korea. *Annals of transplantation*. 2017;22:646-55.
۱۷. Manzari ZS, Mohammadi E, Heidari A, Aghamohammadian Sherbaf H, Modabber Azizi MJ, Khaleghi E. Factors influencing decision-making in families of brain death case about organ donation: a qualitative study. *Payesh*. 2012. ۹۱۳:(۶)۱۱;

۱۸. Forbe-Smith L, Haire M, Doneley M. Social work practice in the donation of human tissue for transplantation: Utilising social work values and competencies to achieve effective outcomes for transplant patients and donor families. *Social work in health care*. 2002;35(1-2):377-89.
۱۹. Kumar M. Role of Social Worker in Cadaver Organ Donation and Transplant Coordination- A Single Centre Experience. *International Journal of Social Work and Human Services Practice*. 2013;1(2):101-4.
۲۰. Clark J, Cumming S, Haire M, Murphy D, Safranko B, Thompson S. Review of Organ and Tissue Donation Procedures. Australian Association of Social Workers (Queensland Branch). 2008.
۲۱. Hajyhosseinloo M, Eftekhari A, Gorbani S, Zarei A. Study of Brain Death and Organ Donation in West Azerbaijan Province (2004-2010). *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2011;17(3):149-55. eng.
۲۲. Barclay JS, Blackhall LJ, Tulsy JA. Communication strategies and cultural issues in the delivery of bad news. *Journal of palliative medicine*. ۹۵۸-۷۷:(۴)۱۰;۲۰۰۷ .

پیوست ها:

پیوست شماره ۱: پایش هفتگی خانواده

ردیف	موارد قابل ارزیابی	بله	خیر
۱	خانواده روند طبیعی اختلال سوگ را طی می کند؟		
۲	کودکان در خانواده مورد حمایت روانی مراقبتی قرار دارند؟		
۳	شبکه حمایتی خانوادگی در خانواده از ایشان حمایت می نماید؟		
۴	خانواده توانسته مخارج زندگی را تامین نماید؟		
۵	اعضای خانواده به کارکردهای قبلی خود باز گشته اند؟		
۶	اعضای شاغل خانواده مجدد به فعالیت خود پرداخته اند؟		
۷	خانواده نیاز به مشاوره ای خاصی دارد؟		

پیوست شماره ۲: فرم ارزیابی روانی اجتماعی خانواده

۱. اطلاعات اولیه BDC							
۱-۱. اطلاعات دموگرافیک:							
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	کدملی:	تاریخ تولد:	محل تولد:	جنسیت: زن / مرد / سایر	مذهب: اسلام / مسیحی / یهودی / زرتشتی / سایر
وضعیت تاهل: مجرد / متاهل / متارکه / مطلقه / بیوه / سایر	ملیت: ایرانی / افغانی / عراقی / سایر	نوع بیمه: خدمات درمانی / تامین اجتماعی / ارتش / کمیته امداد / سایر	وضعیت اشتغال: بیکار / خانه دار / کارمند / کارگر / کار آزاد / محصل / دانشجو / سرباز / بازنشسته	تاریخ مرگ مغزی:	علت:		
۱-۲. آدرس و تلفن محل سکونت:							
۱-۳. آدرس و تلفن محل کار:							
۱-۴. 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 BDC							
۲-۱. تاریخچه تحصیلی و شغلی:							
۲-۲. تاریخچه مشکلات جسمی:							
۲-۳. تاریخچه مشکلات روانی:							
۲-۴. سابقه سوء مصرف مواد:							
۲-۵. سابقه مشکلات قانونی:							
۳. تاریخچه BDCF							
۳-۱. مشخصات اعضای خانواده:							
نسبت	نام و نام خانوادگی	سال تولد	وضعیت تاهل: مجرد / متاهل / متارکه / 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
۲-۳. شرح روابط خانوادگی (از نظر الگوهای ارتباطی و حمایتی درون خانواده):							
۳-۳. تاریخچه مشکلات جسمی در خانواده:							
۴-۳. تاریخچه مشکلات روانی در خانواده:							
۵-۳. تاریخچه سوء مصرف مواد در خانواده:							
۶-۳. تاریخچه مشکلات قانونی در خانواده:							
۴. شرح مشکل از دید BDCF							
۱-۴. شکایت اصلی خانواده:							
۲-۴. اقداماتی که برای حل مشکل صورت گرفته:							
۵. ارزیابی و خلاصه وضعیت خانواده							
۱-۵. منابع، ظرفیت ها و نقاط قوت خانواده:							
۲-۵. توصیف مکانیسم های انطباقی خانواده:							
۳-۵. توصیف توانمندی خانواده در حل مشکل:							
۴-۵. محدودیت های خانواده برای مقابله با مشکل فعلی:							
۶-۵. 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 کننده	شرح فعالیت			
	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲			۱		
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:
آدرس و شماره تماس:	کدملی/شماره شناسنامه:
تاریخ تولد:	
<p>دلیل ارجاع:</p> <p>تاریخچه مختصر مشکل:</p> <p>مشکل فعلی:</p> <p>خدمت مورد نیاز:</p>	
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 ایشتاین، 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، ۶۰، ۵۰
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	۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۰، ۲۶، ۳۱، ۳۶، ۴۱، ۴۶، ۵۱، ۵۶

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 شماره 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

ن. س.	سوال	کاملاً موافقم	موافقم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	برنامه ریزی فعالیت های خانوادگی ما دشوار است، چون ما همدیگر را به درستی درک نمی کنیم. (برای پاسخ به سؤالات <u>خانواده خود</u> نه خانواده پدریتان را در نظر بگیرید)				
۲	ما اکثراً مشکلات روزمره خانواده را حل می کنیم.				

۳	وقتی یکی از اعضای خانواده ما ناراحت باشد، بقیه علت آن را می دانند.
۴	وقتی در خانواده ما از کسی کاری خواسته می شود، باید پی گیر بود تا به انجام برسد.
۵	اگر کسی در خانواده ما دچار مشکل شود، سایرین هم درگیر حل آن می شوند.
۶	ما در هنگام بحران می توانیم روی حمایت بقیه اعضای خانواده حساب کنیم.
۷	هر گاه یک وضعیت اضطراری پیش می آید، نمی دانیم چه کار کنیم.
۸	گاهی خانه از چیز های مورد نیاز ما خالی می شود.
۹	ما از ابراز مهر و محبت به یکدیگر اکراه داریم.
۱۰	ما خواستار آن هستیم که اعضا به وظایف خانوادگی خود عمل کنند.
۱۱	ما نمی توانیم با یکدیگر 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 خودشان هم مهم باشد.
۱۴	از گفته های اعضای خانواده نمی توانیم به احساس آنها پی ببریم.
۱۵	در خانواده ما وظایف خانگی به تساوی تقسیم نمی شود.
۱۶	افراد خانواده ما همانگونه که هستند، مورد قبول یکدیگرند.
۱۷	در خانواده ما به آسانی می توان مقررات خانه را نقض کرد.
۱۸	در خانه ما، حرفها بدون کنایه و بی پرده گفته می شود.
۱۹	بعضی از اعضای خانواده ما خونسرد برخورد می کنند.
۲۰	ما می دانیم در صورت پیش آمدن شرایط اورژانس چه باید کرد.
۲۱	ما از تبادل نظر درباره ترس ها و نگرانیهای خود پرهیز می کنیم.
۲۲	برای ما گفتگو درباره احساسهای لطیف دشوار است.
۲۳	ما برای پرداخت هزینه مان درد سر داریم.
۲۴	معمولا ما بعد از سعی خانواده برای حل یک مشکل، درباره موفقیت آمیز بودن یا نبودن آن گفتگو می کنیم.
۲۵	ما بیش از حد به فکر خود هستیم.
۲۶	ما می توانیم احساس های خود را به یکدیگر ابراز کنیم.
۲۷	ما درباره رعایت اداب دستشویی و توالت انتظار خاصی از یکدیگر نداریم.
۲۸	ما احساس محبت خود نسبت به یکدیگر را نشان نمی دهیم.
۲۹	اعضای خانواده ما مستقیم و بدون واسطه با همدیگر صحبت می کنند.
۳۰	هر کدام از ما وظایف و مسئولیت های خاصی بر عهده دارد.
۳۱	در خانواده ما احساس های نا خوشایند زیادی وجود دارد.
۳۲	ما برای زدن یا دست بلند کردن روی یکدیگر ضابطه داریم.
۳۳	ما فقط وقتی با یکدیگر همراه می شویم که منافعی در بین باشد.

				برای کاوش در علایق شخصی اعضای خانواده، کم وقت می گذاریم.	۳۴
				غالباً منظور خود را به زبان نمی آوریم.	۳۵
				ما احساس می کنیم سایر اعضای خانواده، ما را همان گونه که هستیم، قبول دارند.	۳۶
				وقتی ما به یکدیگر علاقه نشان می دهیم که بتوانیم شخصا از آن بهرمنند شویم.	۳۷
				ما اکثراً 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 چه کارهایی را در خانه انجام دهد، گفتگو می کنیم.	۴۰
				تصمیم گیری برای خانواده ما دشوار است.	۴۱
				اعضای خانواده ما فقط وقتی به یکدیگر علاقه نشان می دهند که خودشان بتوانند از آن بهرمنند شوند.	۴۲
				ما با یکدیگر رو راست و بی پرده هستیم.	۴۳
				ما به هیچ معیار و قاعده ای پایبند نیستیم.	۴۴
				در خانواده ما اگر از کسی کاری خواسته شود، باید به او یاد آوری کرد.	۴۵
				ما می توانیم درباره طرز حل کردن مشکلات تصمیم گیری کنیم.	۴۶
				اگر مقررات خانواده نقض شود، نمی دانیم چه انتظاراتی باید داشت.	۴۷
				در خانواده ما هر اتفاقی را می توان انتظار داشت.	۴۸
				ما مهر و عطوفت خود را نشان می دهیم.	۴۹
				ما با مشکلاتی که با احساسهای اعضای خانواده بازی کند، برخورد می کنیم.	۵۰
				ما با یکدیگر خوب کنار نمی آییم.	۵۱
				ما هنگام عصبانیت با یکدیگر صحبت نمی کنیم.	۵۲
				ما به طور کلی از وظایف خانگی که بر عهده ما گذاشته می شود، ناراضی هستیم.	۵۳
				ما حتی با وجود حسن نیت، در زندگی یکدیگر خیلی دخالت می کنیم.	۵۴
				اعضای خانواده ما برای مقابله با شرایط خطرناک، قواعد خاصی را رعایت می کنند.	۵۵
				ما به یکدیگر اعتماد و اطمینان داریم.	۵۶
				ما احساسات (غم، شادی، خشم و ...) خود را در خانه راحت و آشکار بروز می دهیم.	۵۷
				رفت و آمد در خانواده ما معقول و منطقی نیست.	۵۸
				اگر از عمل یکی از اعضای خانواده خوشمان نیاید، به او می گوئیم.	۵۹
				ما به راههای گوناگون 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 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 نیست	گاهی اوقات درست است
۲	تا به حال به این فکر کرده ام که ای کاش پول بیشتری داشتم و می توانستم مواد غذایی بیشتری بخرم.	درست نیست	گاهی اوقات درست است
۳	مواد غذایی که می خرم، زود تمام می شود، چون پول ندارم که به اندازه کافی بخرم.	درست نیست	گاهی 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
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
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
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
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
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

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

پیوست شماره ۸ : مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)^{۱۴}

حمایت اجتماعی ادراک شده بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد (۲۱) و به عنوان یک عامل تعدیل کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته شده است (۳) و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی‌های فرد از در دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می‌شود (۴). مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به حمایت از دیدگاه ارزیابی شناختی فرد از روابطش اشاره دارد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه و گویه‌هایی که آنها را می‌سنجند، به شرح زیر هستند:

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

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.

گویه‌ها	به شدت 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 شادی‌ها و غم‌هایم را با او در میان بگذارم.				
۳. خانواده‌ام واقعاً سعی می‌کند که به من کمک کند.				
۴. وقتی که به کمک و حمایت احساسی اعضای خانواده‌ام نیاز دارم، آن را از آنها دریافت می‌کنم.				
۵. فرد خاصی در زندگی‌ام وجود دارد که باعث تسلی خاطر می‌شود.				
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. دوستانم دارم که می‌توانم با آنها شادی‌ها و غم‌هایم را در میان بگذارم.				
۱۰. فرد خاصی در زندگی‌ام 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.				

14 . Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)