

طراحی و تدوین پروتکل مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در فرایند پیوند اعضا

ثریا سیار^۱، سارا نوروزی^۲، سیدمحمدحسین جوادی^{۳*}، محمد سبزی خوشنامی^۴، ساناز دهقانی^۵، مریم پورحسین^۶، مهناز زامیادی^۷

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به نقش مددکاران اجتماعی در نظام سلامت، موفقیت و پایداری عمل پیوند عضو، پیشگیری از بستری‌های مجدد بیماران و کاهش هزینه‌های تحمیلی بر نظام سلامت این مطالعه با هدف طراحی پروتکل مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی مراکز درمانی ایران در فرایند پیوند و ایجاد وحدت رویه در عملکرد و ارائه‌ی جامع خدمات به بیماران و مراقبان‌شان انجام شده است. **روش بررسی:** مطالعه در دو فاز مرور منابع و کیفی انجام شد. در مرحله‌ی مرور منابع پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر بررسی گردید و در مرحله‌ی کیفی به منظور جمع‌آوری اطلاعات از تکنیک‌های دلفی و بحث گروهی متمرکز با حضور پانزده نفر از مسئولان و مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌های منتخب کشور از استان‌های تهران، لرستان، خراسان رضوی، البرز، آذربایجان شرقی، یزد، گلستان، قزوین، کرمانشاه و کارشناسان و صاحب‌نظران حوزه‌های معاونت‌های بهداشتی و درمان وزارت بهداشت، استادن دانشگاه، کادر درمان و کارشناسان حوزه پیوند و اهدای عضو انجام شد. پروتکل نهایی جهت نقد و ارزیابی نهایی برای هشت نفر از کارشناسان مجرب ارسال گردید و از آن‌ها خواسته شد با توجه به چک‌لیست نقد راهنما، پروتکل را از حیث هدف و محدوده‌ی مداخلات، ذینفعان، مراحل تدوین، وضوح ارایه، قابلیت دسترسی و عدم وابستگی در نگارش را مورد ارزیابی نهایی قرار دهند.

یافته‌ها: در این مطالعه، فرایندکاری مددکاران اجتماعی در سه مرحله‌ی قبل، حین و پس از پیوند ترسیم گردید. همچنین نقش‌های متنوعی برای مددکاران اجتماعی در سه مرحله‌ی کاری در نظر گرفته شد که از آن جمله می‌توان به نقش مدافع، حمایت‌گر، مدیر مورد (case manager)، بسیج‌کننده‌ی منابع، آموزش‌گر، مشاور، ارزیابی‌کننده و هدایت‌گر اشاره کرد. حین پیوند مداخلاتی همچون حمایت‌یابی اطلاعاتی، تسهیل‌گری در فرایند بستری بیمار، ارایه‌ی حمایت‌های روانی اجتماعی از خانواده با هدف توان‌افزایی برای مراقبت‌های پس از پیوند، ارایه‌ی مشاوره به اعضای خانواده جهت مقابله با استرس و ارتقای بهداشت روانی آنان و ارایه‌ی حمایت‌های اقتصادی، فراهم نمودن شرایط اسکان از طریق همراه‌سراها و ارتباط و تعامل با تیم درمان از جمله پزشک به منظور پاسخ‌گویی به نیازهای خانواده، تسهیل درمان و ترخیص به موقع انجام می‌شود.

نتیجه‌گیری: پروتکل مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در فرایند پیوند گام جدید و نگاه متفاوتی را به حمایت‌های روانی اجتماعی در پیوند و تیم‌های کوردیناتوری ایجاد نمود طوری که مددکاران اجتماعی به حوزه‌ی اهدا و پیوند اعضا و کار با مراقبان، خانواده‌ها و بازماندگان بیماران وارد شدند.

واژه‌های کلیدی: پیوند، اهدا، مددکار اجتماعی، راهنمای عمل

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۷/۱۲

پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۹/۲۸

* نویسنده مسئول:

سارا نوروزی؛

دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی لرستان

سیدمحمدحسین جوادی؛

دانشکده پیراپزشکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

E-mails:

sara.noruzi82@gmail.com

javadismh4@gmail.com

۱ دکتری جامعه‌شناسی، اداره‌ی مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت، تهران، ایران

۲ دکتری مددکاری اجتماعی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

۳ دکتری مددکاری اجتماعی، دانشکده پیراپزشکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴ دکتری مددکاری اجتماعی، دانشکده سلامت و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران

۵ پزشک عمومی، واحد تأمین اعضا بیمارستان سینا و مرکز تحقیقات و بانک بافت ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۶ کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، واحد تهیه‌ی اعضای بدن بیمارستان سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۷ کارشناس ارشد پژوهشگری و علوم اجتماعی، مرکز مدیریت پیوند اعضا و درمان بیماری، معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

مقدمه

پیوند عضو مرحله نهایی درمان برای بیماران با نارسایی اعضا می‌باشد. اعضای قابل پیوند شامل کلیه، کبد، قلب، ریه، لوزالمعده، روده و ... هستند. اعضا را می‌توان از فرد اهداکننده‌ی زنده، چه افراد خانواده و چه اهداکنندگان ناشناس، دریافت کرد که بافت‌ها و مشخصات پزشکی آن‌ها با دریافت‌کننده مطابقت داشته باشد یا از طریق برنامه‌های اهدا آن‌ها را بتوان تطبیق داد. فهم این نکته ضروری است که عضو پیوندی هرگز مانند عضو اصلی کارآمد نیست؛ با این حال به‌مثابه‌ی یک روش پزشکی، میزان موفقیت پیوند که براساس میزان بقا اندازه‌گیری شده است، در طی سال‌ها برای هر نوع عضو پیوندی افزایش یافته است. اعضای به‌دست آمده از طریق برنامه‌های اهدای عضو از اهدکنندگان مرگ مغزی گرفته می‌شود که مقدمات قبلی برای پیوند اعضایشان انجام شده است یا از اعضای خانواده گرفته می‌شود که مقدمات لازم برای اهدای عضوشان بعد از مرگ را تنظیم کرده‌اند (۱). طی دو دهه‌ی گذشته، تعداد بیمارانی که منتظر پیوند هستند، همچنان بیشتر از اهداکنندگان اعضاست. گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که در مقایسه با سال ۲۰۱۰، افزایش ۵ درصدی (۱۱۲٪ پیوندهای جامد عضو) در سال ۲۰۱۱ رخ داد. در کشورهای اتحادیه اروپا میزان اهدای عضو مورد نیاز برای پیوند بین ۳۵/۳ درصد و ۰/۵٪ در هر یک میلیون نفر متغیر است. ۷۸٪ تمام این پیوند از اهداکنندگان متوفی صورت گرفته است. تعداد اهداکنندگان متوفی در هر یک میلیون نفر در سال ۲۰۱۱، ۴۵ نفر بود (۲). در سال ۲۰۱۷، حدود ۱۳۹۰۲۴ پیوند عضو در سراسر جهان انجام شده است که پیوند کلیه بیش‌ترین میزان از پیوند عضو را در جهان به خود اختصاص داده است (۳). تاریخچه‌ی پیوند اعضا در ایران با پیوند قریه که برای اولین بار در سال ۱۳۱۴ در بیمارستان فارابی تهران انجام شد، آغاز می‌شود. اولین عمل پیوند کلیه در سال ۱۳۴۶ انجام شد و امروزه عمل پیوند دارای سابقه‌ی ۵۰ ساله است. آمارها نشان می‌دهد که از سال ۱۳۴۶ تا پایان سال ۹۷، ۵۶۹۵۳ مورد پیوند عضو انجام شده است که از این تعداد ۴۸۸۵۰ پیوند کلیه، ۶۳۳۸ پیوند کبد، ۱۱۷۲ پیوند قلب، ۱۵۷ پیوند ریه، ۲۹۳ پیوند پانکراس و ۵۲ مورد هم پیوند روده انجام شده است (انجمن علمی پیوند اعضای ایران). در سال ۱۳۹۸ نیز ۳۲۳۳۳ مورد پیوند عضو انجام شده است که از این تعداد ۲۱۰۱ مورد پیوند کلیه، ۹۶۱ مورد پیوند کبد، ۷ مورد پیوند ریه، ۱۲۶ مورد پیوند قلب، ۲۹ مورد پیوند پانکراس و ۹ مورد پیوند روده انجام شده است. عمل جراحی پیوند عضو پیچیده است؛ چراکه اعضای زنده از موجود انسانی (زنده یا جسد) به انسان دیگر انتقال داده می‌شود. در

مورد اهداکننده‌ی در قید حیات، هم دریافت‌کننده و هم اهداکننده هر دو شرایطی را تجربه می‌کنند که توجه جامع به نیازهای مختلف آنان در ابعاد پزشکی، روان‌شناسی، اجتماعی، اقتصادی و غیره ضروری است. در حالی که فنون پیوند عضو در طی سال‌ها پیچیده‌تر شده است، میزان موفقیت برای کسانی که عضو پیوندی دریافت می‌کنند، به لحاظ طول عمر (بقا) و کیفیت زندگی افزایش یافته است.

باید دانست که بیمارانی که برای پیوند عضو در نظر گرفته می‌شوند با دو گزینه مواجه می‌شوند: مرگ احتمالی ناشی از بیماریشان یا توان بقا به دلیل پیوند عضو، واژه‌ی حیاتی در این جا سوال است چراکه برای بدن شخص دریافت‌کننده غیر معمول نیست که عضو اهدا شده را رد کند، یا به اصطلاح پس بزند. با توجه به این که به ازای هر عمل پیوند عضو، نظام سلامت ۵۰ میلیون تومان اختصاص داده است، پایداری و نگهداری از عضو پیوند شده بسیار حایز اهمیت است و این مهم میسر نمی‌شود مگر با مراقبت‌های همه‌جانبه پس از پیوند و پیگیری‌های بعد از ترخیص که توسط تیم درمان و مددکار اجتماعی انجام می‌شود.

فهم این نکته ضروری است که عضو پیوندی هرگز مانند عضو اصلی کارآمد نیست و زندگی بعد از پیوند عضو اغلب با مشکلات شدید پزشکی، رژیم‌های غذایی، تنش‌های روانی-اجتماعی، شرایط اضطراری آشفته می‌گردد. زندگی روزمره‌ی خانواده‌ی بیماران نیز بعد از پیوند دست‌خوش تغییرات ناگهانی می‌شود؛ والدین، خواهر و برادر، همسران و فرزندان به طور ناگهانی از فعالیت‌های معمول خود باز می‌مانند و وارد یک روتین شدید از قرار ملاقات‌های پزشکی و درمان‌های پزشکی می‌شوند که فضایی از اضطراب، عدم اطمینان و بی‌ثباتی ایجاد می‌کند و این شرایط بر کیفیت زندگی فرد و خانواده‌ی وی تأثیر می‌گذارد (۴). یکی از عوامل مؤثر در چنین شرایط سخت بیماری، برخورداری از حمایت اجتماعی می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی تأثیرات استرس را کاهش داده (۵) و سلامت جسمی و روانی را ارتقا می‌دهد (۶). همچنین نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی که مددکاران اجتماعی به بیماران پیوند شده ارائه می‌کنند، موجب ارتقای کیفیت زندگی می‌شود (۷). حمایت اجتماعی یک مفهوم چندبعدی است که به منابع ابزاری، عاطفی و اطلاعاتی که افراد از طریق شبکه‌های اجتماعی خود دسترسی دارند، اشاره می‌کند (۸-۵). مددکاران اجتماعی رابط بین بیماران، خانواده‌ی آنان و کادر درمانی می‌باشند و به عنوان عضوی از تیم درمان پیوند، حیطه‌های مداخلات خود را بر حمایت‌های روانی اجتماعی (قبل، حین و بعد از پیوند عضو) متمرکز نموده و به رفع چالش‌های روانی، عاطفی، مالی،

مجموع پانزده نفر به صورت هدفمند انتخاب شده و در بحث‌های گروهی و تکنیک دلفی همکاری مستقیم داشته‌اند.

ملاک‌های ورود به مطالعه برای تشکیل گروه دلفی عبارت بود از: داشتن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی در رشته‌های مددکاری اجتماعی، داشتن حداقل دو سال سابقه‌ی کار در مراکز بهداشتی و درمانی و تجربه‌ی کاری در حوزه‌ی پیوند و اهدای عضو، عضویت در تیم‌های کوردیناتوری و تمایل به همکاری در این مطالعه. نتایج حاصل از مرور منابع در حوزه‌ی مداخلات مددکاران اجتماعی در اهدا و پیوند اعضا، در اختیار اعضای گروه دلفی قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا در ۷۲ ساعت نسبت به ارایه‌ی نظر اقدام کنند. نتایج بلافاصله بررسی و جمع‌بندی گردید و مجدد به اعضای دلفی بازگردانده شد. نتایج دور دوم جمع‌بندی گردید و فرایند حاصل در جلسه‌ی بحث گروهی متمرکز به اشتراک و تبادل نظر گذاشته شد. در نهایت با نظر اعضای گروه دلفی و بحث گروهی متمرکز، دستورالعمل مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در پیوند در سه مرحله‌ی قبل، حین و پس از پیوند تدوین گردید. پروتکل نهایی جهت نقد و ارزیابی نهایی برای هشت نفر از کارشناسان مجرب ارسال گردید و از آن‌ها خواسته شد تا با توجه به چک لیست نقد راهنما، پروتکل را از حیث هدف و محدوده‌ی مداخلات، ذینفعان، مراحل تدوین، وضوح ارایه، قابلیت دسترسی و عدم وابستگی در نگارش ارزیابی نهایی نمایند. نقد راهنما یک ابزار عمومی است که این ابزار را می‌توان به منظور ارزیابی راهنماهای تشخیصی، ارتقای سلامت و دستورالعمل‌های درمانی و مداخله‌ای مورد استفاده قرار داد و شکلی از ابزارهای خودارزیابی محسوب می‌شود. شش معیار ذکر شده توسط ارزیابان نمره‌دهی شد، نمره‌ها از طیفی بین ۱ تا ۴ (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) بودند. در نهایت نمره‌ها به درصد بیان می‌شوند. نتایج در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

اجتماعی که در دوره درمان و بهبودی بیش می‌آید کمک می‌کنند (۸).

با توجه به نقش مددکاران اجتماعی در نظام سلامت، موفقیت و پایداری عمل پیوند عضو، پیشگیری از بستری‌های مجدد بیماران و کاهش هزینه‌های تحمیلی بر نظام سلامت، این مقاله بر آن است تا ضمن تدوین پروتکلی برای مشخص نمودن مداخلات تخصصی مددکاری اجتماعی در حوزه‌ی پیوند، به روشن شدن نقش و جایگاه مددکاران اجتماعی در تیم بین رشته‌ای درمان بپردازد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، کیفی و شامل دو فاز است: مرحله‌ی اول مرور منابع و مرحله‌ی دوم دلفی و بحث گروهی متمرکز. در مرحله‌ی مرور منابع، به منظور جمع‌آوری داده‌ها از موتورهای جستجوگر استفاده گردید؛ به‌ویژه پایگاه‌هایی که محل استناد دستورالعمل‌ها و پروتکل‌ها برای مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان می‌باشند مانند: سایت فدراسیون بین‌المللی مددکاری اجتماعی (FASW)، انجمن ملی مددکاران اجتماعی ایالات متحد آمریکا (NASW) و شبکه‌ی بین‌المللی دستورالعمل‌ها (GIN). همچنین پایگاه داده‌های پاب مد، اسکوپوس، آی‌اس‌آی (Web of Sciences)، پایگاه اطلاعاتی سازمان جهانی بهداشت و Psych INFO. در مرحله‌ی دوم مطالعه به منظور جمع‌آوری اطلاعات از تکنیک دلفی و بحث گروهی متمرکز استفاده شد و مسئولان و مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان‌های منتخب کشور از استان‌های تهران، لرستان، خراسان رضوی، البرز، آذربایجان شرقی، یزد، گلستان، قزوین، کرمانشاه و کارشناسان و صاحب‌نظران حوزه‌های معاونت‌های بهداشتی و درمان وزارت بهداشت، استادان دانشگاه، کادر درمان و کارشناسان حوزه‌ی پیوند و اهدای عضو مشارکت نمودند. در

جدول ۱: نتایج حاصل از ارزیابی به روش نقد راهنما (AGREE)

نظر ارزیابان	هدف و محدوده	ذینفعان	مراحل تدوین	وضوح ارایه	قابلیت دسترسی	عدم وابستگی در نگارش	ارزیابی نهایی
ارزیاب شماره ۱	٪۷۵	٪۹۳/۷	٪۸۹/۲	٪۹۳/۷	٪۸۳/۳	٪۱۰۰	اکیداً توصیه می‌کنم
ارزیاب شماره ۲	٪۹۱/۶	٪۸۷/۵	٪۹۲/۸	٪۸۱/۲	٪۹۱/۶	٪۱۰۰	مشروط به انجام تغییرات توصیه می‌کنم
ارزیاب شماره ۳	٪۵۸/۳	٪۶۲/۵	٪۷۱/۴	٪۶۲/۵	٪۵۸/۳	٪۶۲/۵	مشروط به انجام تغییرات توصیه می‌کنم
ارزیاب شماره ۴	٪۱۰۰	٪۹۳/۷	٪۸۵/۷	٪۷۵	٪۱۰۰	٪۸۷/۵	اکیداً توصیه می‌کنم
ارزیاب شماره ۵	٪۸۳/۳	٪۱۰۰	٪۷۱/۴	٪۸۷/۵	٪۹۱/۶	٪۱۰۰	مشروط به انجام تغییرات توصیه می‌کنم
ارزیاب شماره ۶	٪۱۰۰	٪۹۳/۷	٪۸۵/۷	٪۸۱/۲	٪۱۰۰	٪۷۵	اکیداً توصیه می‌کنم
ارزیاب شماره ۷	٪۶۳	٪۶۷	٪۷۵	٪۶۲/۵	٪۵۸/۳	٪۷۳/۵	مشروط به انجام تغییرات توصیه می‌کنم
ارزیاب شماره ۸	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۹۳/۷	٪۹۳/۷	٪۹۱/۶	٪۱۰۰	اکیداً توصیه می‌کنم
جمع‌بندی	٪۸۳/۹	٪۸۷/۲	٪۹۲/۷	٪۷۹/۶	٪۸۴/۳	٪۸۷/۱	-



یافته‌ها

مداخلات تخصصی و نقش مددکاران اجتماعی در حوزه‌ی پیوند براساس نظر کارشناسان و افراد مجرب این حوزه در سه مرحله‌ی قبل، حین و پس از پیوند در جدول ۲ ارائه شده است. مداخلات متنوعی در هر سه مرحله ارائه می‌شود که از آن جمله می‌توان به حمایت‌یابی‌های روانی اجتماعی و اقتصادی، مشاوره و آموزش و تسهیل‌گری در تمام فرآیندهای درمانی اشاره کرد.

گروه‌های هدف این پروتکل کلیه‌ی بیماران و خانواده‌های بیماران پیوند اعضا هستند که می‌توانند مطابق فرایند ترسیم شده، حمایت‌های روانی اجتماعی را دریافت نمایند. در هر دو مرحله‌ی مطالعه، کلیه‌ی موارد اخلاقی ترتیب داده شده بر پژوهش‌های مروری و کیفی به ویژه رعایت امانتداری در استفاده از منابع رعایت شده است.

جدول ۲: مداخلات تخصصی و نقش‌های مددکاران اجتماعی در موزه‌ی پیوند

نقش‌های حرفه‌ای	عنوان مداخله	مرحله‌ی مداخله
ارزیابی‌کننده برنامه‌ریز مدیر مورد هدایت‌گر	<ul style="list-style-type: none"> - تشکیل پرونده مددکاری اجتماعی و تشکیل بانک اطلاعاتی مراجعان - ارزیابی و تشخیص وضعیت گیرنده عضو و خانواده وی / ارزیابی اولیه / غربالگری - ارزیابی کیفیت زندگی قبل از پیوند - دسته‌بندی گیرنده‌ی پیوند بر اساس دارا بودن شرایط پیوند و فاقد شرایط پیوند (با هم‌فکری سایر تیم درمان) - برنامه‌ریزی و انجام مداخله بر اساس مشکلات روانی اجتماعی، اقتصادی برای افراد فاقد شرایط پیوند. ارزیابی به صورت مستمر در فرایند کار انجام می‌شود و در صورت بهتر شدن شرایط جسمی و روحی بیمار در لیست پیوند عضو قرار می‌گیرد. - آموزش گیرندگان عضو و خانواده آنان برای آشنایی با فرایند پیوند - ارجاع به منظور حمایت‌یابی برای گیرنده‌ی عضو - پیگیری امور مربوط به پیوند (بر حسب ضرورت) از بیماران و خانواده‌هایی که نیازمند به خدمات حمایتی هستند. - حضور در کمیسیون پزشکی و ارتباط با تیم پیوند قبل از پیوند و ارائه نظرات کارشناسی در مورد وضعیت اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی بیمار - برگزاری جلسات مددکاری گروهی برای بیمار و خانواده وی با هدف آرام‌سازی و آماده‌سازی برای پیوند و بهره‌گیری از تجارب موفق دیگران در حوزه‌ی پیوند 	قبل از پیوند و قبل از بستری
حامی و مدافع مدیر مورد رابط و تسهیل‌گر آموزش‌دهنده مشاور برنامه‌ریز	<ul style="list-style-type: none"> - حمایت‌یابی اطلاعاتی (آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی در مورد فرایند پیوند) - تسهیل‌گری در فرایند بستری بیمار / گیرنده‌ی عضو - ارائه‌ی حمایت‌های روانی اجتماعی از خانواده با هدف توان‌افزایی برای مراقبت‌های پس از پیوند - ارائه مشاوره به اعضای خانواده جهت مقابله با استرس و ارتقای بهداشت روانی آنان در هنگام فرایند عمل پیوند - ارائه حمایت‌های اقتصادی به بیمار و خانواده بر حسب لزوم - فراهم نمودن شرایط اسکان از طریق همراه‌سراهای مستقر در مراکز درمانی و شهرداری‌ها - ارتباط و تعامل با تیم درمان از جمله پزشک به منظور پاسخ‌گویی به نیازهای خانواده، تسهیل درمان و ترخیص به موقع 	مرحله‌ی حین پیوند
آگاه‌کننده آموزش‌دهنده مشاور	<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی وضعیت روانی اجتماعی گیرنده‌ی عضو بعد از پایداری وضعیت بیمار در بخش - ارائه حمایت‌های روانی به بیمارانی که پیوند موفقیت‌آمیزی نداشتند. - ارائه آموزش و آگاه‌سازی در زمینه‌ی امکان پیوند دوم به بیمارانی که پیوند موفقیت‌آمیزی نداشتند. - ارائه آموزش‌های حضوری و غیرحضوری در حیطه سلامت اجتماعی، خودمراقبتی اجتماعی، تعاملات خانوادگی به بیمار و خانواده - حمایت‌یابی‌های روانی، اجتماعی، اقتصادی و اطلاعاتی درون و برون‌زمانی - برنامه‌ریزی برای ترخیص ایمن بیمار با مشارکت تیم درمان، بیمار و خانواده وی - تسهیل شرایط جهت انتقال بیمار از بیمارستان به منزل - پیگیری پس از ترخیص - بازدید از منزل بیمار به منظور ارزیابی مجدد شرایط اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی جهت تسهیل پیگیری درمان - تسهیل شرایط جهت بازگشت بیمار به زندگی عادی و احراز مشاغل متناسب با شرایط پس از پیوند - برگزاری جلسات مددکاری گروهی برای بیمار و خانواده وی - اثربخشی عملکردهای فردی، اجتماعی، روانی، خانواده و ... ۶ ماه بعد از پیوند 	مرحله‌ی پس از پیوند
	<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی و اثر بخشی مداخلات - گزارش‌نویسی و مستندسازی اقدامات - ثبت تجارب و پیشنهادهای منتج از مداخله - ارزیابی نهایی 	پس از اتمام مداخله

قبل از پیوند و قبل از بستری مددکاران اجتماعی نقش‌های ارزیابی‌کننده، برنامه‌ریز، مدیر مورد و هدایت‌گر را بر عهده دارند. حین پیوند نقش‌های مددکاران اجتماعی، حامی و مدافع، مدیر مورد، رابط و تسهیل‌گر، آموزش‌دهنده، مشاور و برنامه‌ریز خواهد بود. مرحله‌ی پس از پیوند و خاتمه کار، نقش‌های آگاه‌کننده، آموزش‌دهنده و مشاور را ایفا می‌کنند. عناوین مداخله هم در هر مرحله در جدول ذکر شده است.

بحث

بر اساس مطالعه‌ی Hopper و همکاران (۱۹۸۹) جنبه‌های غیرجراحی پیوند اعضا پیچیده و فراتر از تخصص متخصصان هر رشته است. مددکاران اجتماعی می‌توانند از تخصصی‌سازی پیوند اعضا حمایت کنند. کمک به آموزش مردم در مورد اهدای عضو، تقویت رویکردهایی عاری از ملاحظات توأم با ارزش‌های اجتماعی، حمایت از خانواده‌ی اهداکنندگان عضو قبل، در حین و بعد از تصمیم و کمک به خانواده برای پذیرش کامل مرگ عزیزشان از جمله اقدامات مهم مددکاران اجتماعی می‌باشد. هوپر معتقد است که از طریق چنین خدماتی، مددکاران اجتماعی می‌توانند به کارکنان تیم پزشکی کمک کنند تا بر حوزه‌های پزشکی پیوند اعضا تمرکز کنند و اطمینان حاصل کنند که اهدای عضو یک حرکت انسانی است و انسانی نیز باقی می‌ماند (۱). مداخلات مطرح شده در این مطالعه، کاملاً با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد و مؤید آن است که مددکاران اجتماعی عضوی از تیم تخصصی اهدا و پیوند می‌باشند.

Engle و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای در حوزه‌ی پیوند اعضا به این نتیجه رسیدند که این بیماران با مشکلات بسیار روانی و اجتماعی مواجه هستند. مانند تشخیص‌های روان‌پزشکی، مشکلاتی در زمینه‌ی سازگاری فردی و خانوادگی و مشکلات ارتباطی، اختلال عملکرد جنسی، مشکلات بازگشت به کار و مشکلات انطباق و متغیرهای مربوط به عدم انطباق. برای کودکان و نوجوانانی که در انتظار پیوند هستند هم مشکلات تحصیلی و برنامه‌ریزی برای آینده وجود دارد و توصیه می‌کنند تا مددکاران اجتماعی برای هر یک از این مشکلات برنامه‌های ویژه‌ای را مد نظر قرار دهند (۹ و ۱۰).

Reinar و همکاران در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ روی بیمارانی که پیوند عضو گرفته بودند، انجام داده و به این نتیجه رسیدند که این بیماران نیاز فزاینده‌ای به مداخلات روان‌درمانی مبتنی بر تجربه دارند زیرا تحقیقات نشان

می‌دهد که گیرنده‌ی پیوند، بهبودی در عملکرد فیزیکی و اجتماعی و بازگشت به فعالیت‌های روزانه را تجربه می‌کند، اما تغییر مثبت مداوم در سلامت روانی ندارد. فرایند پیوند، ترکیبی از تجربیات ناراحت‌کننده و چالش‌برانگیز را در اختیارگیرنده قرار می‌دهد. سه مرحله‌ی زمانی در این فرایند شناسایی شده است: مرحله‌ی قبل از پیوند، دوره‌ی انتظار قبل از عمل / کاندیداتوری و مرحله‌ی بعد از پیوند، که هر کدام دارای مسایل روانی و اجتماعی است. هنگامی که یک فرد پیوند عضو انجام می‌دهد، مراقبان نیز مشکلاتی را تجربه می‌کنند که به مدیریت استرس، آموزش روانی و ترمیم گسستگی‌های رابطه نیاز است و مددکاران اجتماعی می‌توانند بخشی از این حمایت‌ها را به بیمار و مراقبانش ارایه نمایند (۱۱ و ۱۲).

Beasley و همکاران (۱۹۹۷) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که حمایت‌های روانی اجتماعی پیش از اهدا و پیوند عضو می‌تواند سختی‌های این مسیر را برای بیماران، مراقبان و بازماندگان تسهیل کند و مددکاران اجتماعی عضو مؤثر تیم‌های تخصصی در مراکز درمانی می‌باشند که در این زمینه می‌توانند نقش پشتیبانی و حمایت‌گری را ایفا کنند (۱۳ و ۱۴).

Paris و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای به بررسی هزینه‌فایده‌ی مداخلات مددکاران اجتماعی در حوزه‌ی پیوند پرداختند و برای این پژوهش ۱۰۵ بیمار را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که حضور مددکاران اجتماعی در تیم پیوند عملکردهای اجتماعی بیماران را حفظ کرده و کیفیت زندگی بیماران را بهبود می‌بخشد و از سوی دیگر باعث حفظ الزامات اقتصادی و مالی موسسات و کارفرمایان درمانی در سطح بهینه می‌شود. در نتیجه درآمدی که بیمارستان‌ها از این مداخلات به دست می‌آورند، بسیار بیش‌تر از هزینه‌ی مداخلات مددکاران اجتماعی است و در طولانی مدت نیز به نفع بیمار و سیستم درمانی می‌باشد (۱۵).
Beery و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی به بررسی تأثیر حمایت‌های اجتماعی در فرایند پیوند پرداختند و به این نتیجه رسیدند که برآوردن نیازهای بیماران با حمایت اجتماعی محدود، تعهدات اخلاقی در برابر عدالت، سودمندی و احترام به افراد در پیوند را متعادل‌تر می‌کند و بهبود برنامه‌های حمایت اجتماعی را در حفظ دستاوردهای فرایند پیوند الزامی در نظر گرفتند (۱۶ و ۱۷). همچنین در این مطالعه به این موضوع پرداختند که حمایت‌های اجتماعی، اگر توسط مددکاران اجتماعی برنامه‌ریزی و هدایت شود، عادلانه‌تر و منصفانه‌تر در اختیار بیماران قرار می‌گیرد و تأثیرات مثبت‌تری دارد (۱۸).



Killian و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای به بررسی تأثیر حمایت‌های روانی اجتماعی پس از پیوند پرداختند و به این نتیجه رسیدند که در گروه کودکان و نوجوانان دریافت‌کننده پیوند، عدم پایداری نوجوان به رعایت پروتکل‌های درمانی، وضعیت اقلیت نژادی/ قومی و وجود مسایل مربوط به سلامت روان خانواده و پیش‌بینی‌کننده‌هایی مانند مشکلات خانوادگی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین، انسجام خانوادگی پایین‌تر، وجود تضاد خانوادگی و ارتباطات ضعیف خانوادگی، همگی می‌توانند وضعیت جسمی بیمار پیوندی متزلزل سازند. از این رو حمایت‌های روانی اجتماعی که از سوی مددکاران اجتماعی ارایه می‌شود باید تا چند ماه پس از پیوند نیز ادامه یابد (۲۱-۱۹). در مجموع، مطالعات گسترده‌ای به حمایت‌های روانی اجتماعی مددکاران اجتماعی در مراحل قبل، حین و پس از پیوند اشاره کرده‌اند و اثربخشی این مداخلات را نشان می‌دهند.

نتیجه‌گیری

پروتکل مداخلات تخصصی مددکاران اجتماعی در فرایند پیوند، گام

جدید و نگاه متفاوتی را به حمایت‌های روانی اجتماعی در پیوند و تیم‌های کوردیناتوری ایجاد نمود؛ به طوری که مددکاران اجتماعی به حوزه‌ی اهدا و پیوند اعضا و کار با مراقبان، خانواده‌ها و بازماندگان بیماران وارد شدند و ضمن شناسایی نیازهای بیماران پیوندی از حیث روانی و اجتماعی به تأمین پشتیبانی‌های لازم برای این بیماران و خانواده‌شان پرداخته و آن‌ها را با منابع حمایت اجتماعی پیوند دادند. تمامی این اقدامات منجر به افزایش امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران و حفظ دستاوردهای تیم درمان خواهد شد.

تشکر و قدردانی

این پروتکل پیرو تفاهم نامه فی مابین مرکز پیوند، اداره مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت و معاونت درمان دانشگاه ایران به شماره نامه ۴۰۰/۱۳۱۲ مورخ ۹۹/۱/۳۰ تدوین گردیده است. تعارض منافی در این مطالعه وجود ندارد و منبع مالی برای انجام این کار تأمین نشده است.

References

1. Forsberg A, Cavallini J, Fridh I & Lennerling A. The core of social function after solid organ transplantation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2016; 30(3): 458-65.
2. Ozkan O, Baykara-Acar Y & Acar H. Opposition to organ donation and transplant by midwifery, nursing, and social work students. *Experimental and Clinical Transplantation* 2015; 13(2): 179-87.
3. Alnour H, Sharma A, Halawa A & Alalawi F. Global practices and policies of organ transplantation and organ trafficking. *Experimental and Clinical Transplantation* 2021; 20(8): 717-31.
4. Cavallini J, Forsberg A, Fridh I & Lennerling A. Social function after solid organ transplantation: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2015; 30(3): 458-65.
5. Garcia CS, Lima AS, La-Rotta EIG & Boin IdFSF. Social support for patients undergoing liver transplantation in a public university hospital. *Health and Quality of Life Outcomes* 2018; 16(1): 35.
6. Weng LC, Huang HL, Wang YW, Lee WC, Chen KH & Yang TY. The effect of self-efficacy, depression and symptom distress on employment status and leisure activities of liver transplant recipients. *Journal of Advanced Nursing* 2014; 70(7): 1573-83.
7. Ferguson SS, Randall J, Dabney J, Kalbacker ME, Boyle N, Thao V, et al. Perceived workforce challenges among clinical social workers in hematopoietic cell transplantation programs. *Biology of Blood and Marrow Transplantation* 2018; 24(5): 1063-8.
8. Kumar M. Role of social worker in cadaver organ donation and transplant coordination-a single centre experience. *International Journal of Social Work and Human Service Practice* 2013; 1(2): 101-4.
9. Engle D. Psychosocial aspects of the organ transplant experience: what has been established and what we need for the future. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57(4): 521-49.

10. Masala D, Mannocci A, Unim B, Del-Cimmuto A, Turchetta F, Gatto G, et al. Quality of life and physical activity in liver transplantation patients: Results of a case-control study in Italy. *Transplantation Proceedings* 2012; 44(5): 1346-50.
11. Rainer JP, Thompson CH & Lambros H. Psychological and psychosocial aspects of the solid organ transplant experience—A practice review. *Psychotherapy (Chic)* 2010; 47(3): 403-12.
12. Lemoine M. Defining disease beyond conceptual analysis: An analysis of conceptual analysis in philosophy of medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2013; 34(4): 309-25.
13. Beasley CL, Capossela CL, Brigham LE, Gunderson S, Weber P & Gortmaker SL. The impact of a comprehensive, hospital-focused intervention to increase organ donation. *Journal of Transplant Coordination* 1997; 7(1): 6-13.
14. Monroe J & Raiz L. Barriers to employment following renal transplantation: Implications for the social work professional. *Social Work in Health Care* 2005; 40(4): 61-81.
15. Kugler C, Tegtbur U, Gottlieb J, Bara C, Malehsa D, Dierich M, et al. Health-related quality of life in long-term survivors after heart and lung transplantation: A prospective cohort study. *Transplantation* 2010; 90(4): 451-7.
16. Berry KN, Daniels N & Ladin K. Should lack of social support prevent access to organ transplantation? *The American Journal of Bioethics* 2019; 19(11): 13-24.
17. Chen KH, Huang HL, Wang YW, Weng LC, Chiang YJ & Chou HF. Factors determining social function of patients after renal transplantation in Taiwan. *Transplantation Proceedings* 2014; 46(2): 481-3.
18. Sabzi-Khoshnami M, Javadi MH, Noruzi S, Azari-Arghun T, Sayar S & Arian M. Planning and implementing the protocol for psychosocial interventions by social workers in Iranian healthcare centers against COVID-19. *Social Work in Public Health* 2021; 37(3): 224-32.
19. Fernandes MEN, Soares MAM, Boin IFSF & Zambelli HJL. Efficacy of social worker role in corneal donation in two different periods. *Transplantation Proceedings* 2010; 42(10): 3927-8.
20. Killian MO, Schuman DL, Mayersohn GS & Triplett KN. Psychosocial predictors of medication non-adherence in pediatric organ transplantation: A systematic review. *Pediatric Transplantation* 2018; 22(4): e13188.
21. Sabzi-Khoshnami M, Javadi S, Noruzi S, Vahdani B, Tahmasebi S, Azari-Arghun T, et al. Developing an inter-organizational guide of psychosocial support for the survivors and victims' families of COVID-19. *Iranian Journal of War and Public Health* 2021; 13(3): 203-8.

Designing and Compiling the Protocol of Specialized Interventions of Social Workers in the Process of Organ Transplantation

Soraya Sayar¹ (Ph.D.), Sara Noruzi^{2*} (Ph.D.), Seyed Mohammad Hosein Javadi^{3*} (Ph.D.),
Mohammad Sabzi Khoshnami⁴ (Ph.D.), Sanaz Dehghani⁵ (M.D.), Maryam Pour Hosein⁶ (M.S.),
Mahnaz Zamyadi⁷ (M.S.)

1. Ph.D. in Sociology, Ministry of Health, Tehran, Iran
2. Ph.D. in Social Work, School of Health and Nutrition, Lorestan University of Medical Sciences, Khoramabad, Iran
3. Ph.D. in Social Work, School of Paramedicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Ph.D. in Social Work, School of Welfare and Social Health, Tehran University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
5. Doctor of Medicine, Organ Supply Unit of Sina Hospital and Research Center and Tissue Bank of Iran, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
6. Master of Science in Social Work, Organ Procurement Unit of Sina Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
7. Master of Science in Research and Social, Organ Transplantation and Disease Treatment Management Center, Vice President of Treatment, Ministry of Health, Medicine and Education, Tehran, Iran

Abstract

Received: 4 Oct. 2022

Accepted: 19 Dec. 2023

Background and Aim: Considering the role of social workers in the health system, the success and stability of organ transplantation, prevention of re-hospitalization of patients and reduction of imposed costs, this study aims to design a protocol for the specialized interventions of social workers in Iran's medical centers in the transplant process and to create uniformity in practice. Comprehensive services have been provided to patients and their caregivers.

Materials and Methods: The study was conducted in two phases of resource review and qualitative. In the resource review phase, reliable databases were examined, and in the qualitative phase, in order to collect information from Delphi techniques and focused group discussion with the presence of fifteen officials and social workers working in the country's hospitals and experts and experts. The areas of health and treatment assistants of the Ministry of Health, university professors, medical staff and experts in the field of transplantation and organ donation were carried out. The protocol was sent to eight experienced experts for final review and evaluation, and they were asked to review the protocol in terms of the goal and scope of interventions, stakeholders, development steps, clarity of presentation, accessibility and non-dependence in writing according to the checklist to evaluate.

Results: In this study, the work process of social workers was drawn in three stages before, during and after transplantation. Also, various roles were considered for social workers in three stages of work, including the role of defender, supporter, case manager, resource mobilizer, trainer, consultant, evaluator and guidance. Interventions such as finding informational support, facilitating the patient hospitalization process, providing psychosocial support to the family with the aim of empowering them for post-transplant care, providing counseling to family members to deal with stress and improving mental health of the patient, providing economic support, Accomodation conditions are provided through hospital companions and communication and interaction with the treatment team, including the doctor, in order to respond to the needs of the family, facilitate treatment and on time discharging.

Conclusion: the protocol of specialized interventions of social workers in the transplantation process created a new step and a different look at psychosocial support in transplantation and coordination teams, so that social workers in the field of organ donation and transplantation and working with caregivers, families and the survivors of the patients arrived.

Keywords: Transplantation, Donation, Social Worker, Protocol

* Corresponding Authors:

Noruzi S

Javadi SMH

Emails:

sara.noruzi82@gmail.com

javadismh4@gmail.com