



به نام خداوند جان و خرد

WWW.CSCP.IR

همارین همایش روانشناسی فرهنگی و اجتماعی

The Fourth
Congress of Cultural
and Social Psychiatry



برگزارکننده:

دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه روانپزشکی

مرکز تحقیقات بهداشت روان

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

انجمن علمی روانپزشکان ایران

زمان: ۲۳ تا ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۴

محل برگزاری: تهران، ولنجک، بلوار دانشگاه، خیابان کودکان،

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، سالن شهید احمدی روشن



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی ایران



انجمن علمی روانپزشکان ایران



دکتر سید مهدی حسن زاده
رییس چهارمین همایش روانپزشکی فرهنگی اجتماعی

بنام خداوند جان و خرد کزین برتر اندیشه برنگذرد

خانم ها، آقایان، مهمانان ارجمند، حضار محترم، به چهارمین همایش روانپزشکی فرهنگی اجتماعی خوش آمدید.

این همایش به همت کمیته جامعه نگر گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران برگزار می شود. همایش های اول و دوم بانیانگذاری شادروان استاد دکتر محمد علی شیرازی و همایش سوم به همت شادروان استاد دکتر اصغر الهی و با همکاری استاد محترم جناب دکتر قلعه بندی برگزار شد. روانپزشکی فرهنگی اجتماعی از ابعاد مغفول رشته روانپزشکی در ایران است که آن طور که باید و شاید شناخته شده نیست.

بیشترین زحمات را در معرفی این رشته در ایران شادروان دکتر هاراطون داویدیان با کارها و بیانات گویا بارش کشید آنجا که تاکید می کرد « ببینید بیمار با چه کسی به شما مراجعه کرده است؟ » یا اجرای پروژه عظیم WHO تحت عنوان Depression in different Cultures که توسط ایشان در سایت ایران و توسط همکارانشان در چند کشور دیگر همزمان به اجرا درآمد.

در تجربه شخصی وقتی با بیمار مشهدی به لهجه او، با بیمار کرد با گویش او و با بیمار خوزستانی به عربی احوالپرسی می کنم در چشمانشان برقی را می بینم که در ایجاد راپورت سریع و ترانسفرانس مثبت معجزه می کند و این پایه ای می شود برای کمپلیانس بهتر، کاهش هزینه و طول درمان. ادبیات غنی، اشعار، ضرب المثل ها بخشی از فرهنگ غنی ما هستند که می توانند در کلینیک بکار آیند. آنجا که فردوسی فرمود:

چو شادی بکاهد بکاهد روان خرد گردد اندر میان ناتوان

و از این نمونه ها بسیار داریم که به استادان جوان توصیه می کنم در کلاس هایشان بخصوص برای دانشجویان از این ذخایر عظیم استفاده کنند. با چهار ساله شدن تخصص روانپزشکی و اضافه شدن دوره چرخشی سه ماهه روانپزشکی جامعه نگر تحولی ایجاد شده اما کافی نیست چرا که در همه دانشگاه ها عملیاتی نشده و تنها محدود به Community Psychiatry بوده و Cultural Psychiatry & Social Psychiatry در آن لحاظ نشده است، امید آنکه این کمبود در آینده نزدیک برطرف گردد. در پایان وظیفه خود میدانم که از همه عزیزانی که در برگزاری آبرومندانه این همایش ما را یاری داده اند صمیمانه سپاسگزاری نمایم. شاد و تندرست باشید.



دکتر مریم رسولیان

دبیر علمی چهارمین همایش روانپزشکی فرهنگی اجتماعی
دانشیار گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مدل زیستی - روانی - اجتماعی در بررسی بیماری‌های پزشکی و یا اختلالات روانپزشکی مدل شناخته شده‌ای است. ارائه این مدل مبتنی بر دست‌آوردهای علمی و رویکردی کل نگر نسبت به انسان است. از دیرباز نقش سرشت، ژن و عوامل زیست شناختی در برابر تربیت، محیط و اجتماع در رفتار انسان‌ها مورد بحث و توجه دانشمندان علوم مختلف بوده است. یافته‌های علمی عصب شناختی و یا عصب روانشناختی، تأثیر متقابل سرشت و محیط را بر یکدیگر نشان داده‌اند. علم اپی‌ژنتیک (تأثیر محیط بر ژن) و پژوهش‌های عصب روانشناختی، حکایت از تأثیر محیط بر کارکردهای سازمان عصبی و اصلاح اختلالات آن دارد. از دیگر سو تغییرات روند همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی از جمله سرعت افزایش اختلال شخصیت مرزی در دو دهه اخیر، بیانگر تأثیر مسائل اجتماعی بر رفتارهای انسانی است. مسایل اجتماعی مانند خشونت، فقر، حاشیه نشینی، بیکاری، طلاق و ... همه و همه شرایطی هستند که فرد و جامعه از وجود آن آسیب می‌بیند، این مشکلات می‌تواند منشا فردی و اجتماعی داشته باشد. امروزه این مشکلات عوامل موثر در سلامت از جمله سلامت روان شناخته شده‌اند و پرداختن به آن‌ها از ضرورت‌های تأمین سلامت در این حوزه است. همه جوامع با این مشکلات دست به گریبان هستند و هر یک بر اساس نظام اجتماعی - سیاسی و فرهنگی خود راه حلی ارایه می‌دهند. زندگی اجتماعی مستلزم وجود هنجارها، ارزشها و قوانین برخاسته از فرهنگ آن جامعه است. این هنجارها اجزای پذیرفته شده فرهنگ جامعه محسوب می‌شوند و نقش زیادی در سلامت روانی و اجتماعی آن جامعه دارند. فرهنگ مجموعه‌ای از رفتارها، باورها، عادات و سنن مشترک مردم است که توسط اکثریت افراد آن جامعه پذیرفته شده است. افراد جدیدی هم که وارد آن جامعه می‌شوند بر اساس آن امر پذیرفته شده فرهنگی رفتار می‌کنند، این سنن بین نسل‌ها منتقل می‌شود. فرهنگ علیرغم ثباتش، پویایی داشته و با شرایط سازگار می‌شود. تا هنگامی که فرهنگ با تفکر رابطه‌ای پویا داشته باشد تمدن ساز است و اگر رابطه بین تفکر و فرهنگ قطع شود، عقب ماندگی فرهنگی در آن جامعه پدیدار خواهد شد. قوانین جامعه با توجه به فرهنگ تبیین می‌شود و به میزانی که این قوانین در بین مردم درونی شوند و برای رعایت آن نیاز به کنترل بیرونی و قوای قهریه نباشد، فرهنگ آن جامعه غنی‌تر و قوی‌تر است. روانپزشکی بدون توجه به فرهنگ و اجتماع، قادر به تبیین و ارزیابی دقیق مشکلات و انجام مداخله مناسب نیست. چهارمین همایش روانپزشکی فرهنگی اجتماعی تلاش دارد با تأکید بر نقش فرهنگ و اجتماع در «روانپزشکی» فضایی را فراهم سازد تا متخصصین حوزه‌های مرتبط بتوانند به تبادل آراء تخصصی خود بپردازند. از این رو بر آن شدیم تا هر روز همایش را، به یکی از حوزه‌های مهم این حیطه اختصاص دهیم، روانپزشکی فرهنگی، جامعه نگر و اجتماعی. همایش‌های قبلی روانپزشکی فرهنگی اجتماعی به همت بزرگانی تشکیل شد که اکنون در بین ما نیستند. پیشکسوتان روانپزشکی فرهنگی اجتماعی دکتر محمدعلی شیرازی، دکتر اصغر الهی و دکتر داود شاه‌محمدی همواره بر اهمیت و ضرورت این موضوع تأکید داشتند. یاد و خاطره‌شان گرامی باد.

در پایان از همکاری‌هایی که در جلسات شورای سیاست‌گذاری جهت تنظیم خطوط کلی همایش مشارکت داشته‌اند و از اعضا کمیته اجرایی همایش سپاسگزارم. از آقای دکتر ونداد شریفی که صمیمانه جهت تنظیم برنامه و دعوت از مهمانان خارجی قبول زحمت فرمودند تشکر می‌کنم. برگزاری این همایش بدون همکاری صمیمانه آقای دکتر جلالی (دبیر اجرایی همایش) و خانم دکتر شهره محسنی میسر نبود.



دکتر امیرحسین جلالی ندوشن

دبیر اجرایی چهارمین همایش روانپزشکی فرهنگی و اجتماعی

۲۱ سال از اولین همایش روان پزشکی فرهنگی اجتماعی می گذرد. هر دوره از همایش در قیاس با دوره های پیش از خود، تغییر و تحولاتی را شاهد بوده، به گونه ای که می توان این همایش را کوششی هر چند آرام و بی صدا اما مستمر و خستگی ناپذیر برای معرفی و پویایی بعدی مهم از روان پزشکی در کشور دانست.

در این دوره نیز کوشش شد امکانات اجرایی در جهت افزوده شدن ویژگی هایی تازه تر به همایش فراهم آید. امکان هایی چون حضور صاحب نظران خارجی و مشارکت اهل فن از دیگر رشته های علوم انسانی و اجتماعی در تدارک و برنامه ریزی همایش.

از این رو لازم می دانم از سوی کمیته اجرایی از تمامی کسانی که برگزاری این همایش را میسر ساختند و به تداوم این سنت نیکو یاری رساندند سپاسگزاری نمایم. از جناب دکتر سید علی جواد موسوی معاون محترم تحقیقات و فن آوری و دکتر محمد صادق قاسمی معاون معزز بین الملل دانشگاه علوم پزشکی ایران و دکتر احمد حاجبی قائم مقام محترم معاون درمان وزیر بهداشت در امور سلامت روان به سبب حمایت های مالی و پشتیبانی و همراهی معنوی بی نهایت سپاسگزاریم. همچنین همراهی و کمک شرکت های اکتور، کوبل دارو و انتشارات ابن سینا را قدر دانیم.

از دکتر مرتضی ناصربخت مدیر محترم پژوهشی دانشگاه و خانم ها مژگان تابان و دکتر نوشین خادم الرضا از همکاران مرکز تحقیقات بهداشت روان و جناب امیر رضا فرد کارشناس محترم معاونت بین الملل دانشگاه علوم پزشکی ایران که همراه و یاور ما بودند تشکر ویژه داریم.

آرزومند تداوم و پویایی همایش و گسترش نگاه مبتنی بر جامعه و فرهنگ ایرانی در جامعه روان پزشکی ایران هستم.



دکتر سید مهدی حسن زاده



دکتر میرفرهاد قلعه بندی



دکتر مریم رسولیان



دکتر جعفر بوالهری



دکتر محمد امین قانع‌ی راد



دکتر سید احمد جلیلی



دکتر مروّثه وامقی



دکتر ونداد شریفی



دکتر هادی خانیکی



دکتر حسن رفیعی



دکتر ربابه مزینانی



دکتر محمد قدیری وصفی



دکتر مرتضی ناصر بخت



دکتر محمد باقر صابری زفرقندی



دکتر مهدی صمیمی اردستانی



دکتر امیر حسین جلالی ندوشن



دکتر سید مهدی حسن زاده	دکتر مهدی صمیمی اردستانی	دکتر میترا حکیم شوشتری
دکتر مریم رسولیان	دکتر ربابه مزینانی	دکتر عاطفه قنبری
دکتر میر فرهاد قلعه بندی	دکتر حسن رفیعی	دکتر کاوه علوی
دکتر جعفر بوالهری	دکتر هادی خانیکی	دکتر امیرعباس کشاورز اخلاقی
دکتر غلامرضا میرسپاسی	دکتر محسن گودرزی	دکتر روح الله صدیق
دکتر محمد صنعتی	دکتر امین قانعی راد	دکتر بهنام شریعتی
دکتر سید احمد جلیلی	دکتر شیرین احمدنیا	دکتر ارسیا تقوا
دکتر سید علی احمدی ابهری	دکتر بابک روشنایی مقدم	دکتر لیلا قالیچی
دکتر عبدالرحمن نجل رحیم	دکتر همایون امینی	دکتر یاسمن متقی پور
دکتر عمران محمد رزاقی	دکتر حسین راغفر	دکتر اشرف نوری
دکتر محمد تقی یاسمی	دکتر فرید فدایی	سید علی کاظمی
دکتر احمد علی نوربالا	دکتر علی صحرائیان	دکتر مهران ضرغامی
دکتر رسول خلخالی	دکتر پروانه محمدخانی	دکتر محمد کاظم عاطف وحید
دکتر ونداد شریفی	دکتر مرتضی نوری خواجهی	دکتر بهروز بیرشک
دکتر سید حسین سراج زاده	دکتر محمد تقی جغتایی	دکتر محمدباقر صابری زفرقندی
دکتر محمد قدیری	دکتر منصور صالحی	دکتر فرهنگ ارشاد
دکتر سید کاظم ملکوتی	دکتر سید وحید شریعت	دکتر امیرحمزه زینالی
دکتر امیر حسین جلالی ندوشن	دکتر امیر شعبانی	دکتر مرضیه نجومی
دکتر مروئه وامقی	دکتر حمیدرضا احمدخانی ها	دکتر فرنوش داودی
دکتر احمد حاجبی	دکتر مهرداد افتخار	دکتر جعفر عطاری مقدم
دکتر مرتضی ناصرخت	دکتر شبهم نوحه سرا	دکتر حمید طاهر خانی
دکتر سامان توکلی	دکتر بدری دانش آموز	دکتر مسعود احمدزاد اصل
دکتر آفرین رحیمی موقر	دکتر مهدی نصر اصفهانی	دکتر شهره محسنی آهویی

انجمن علمی روان پزشکان ایران

انجمن جامعه شناسی ایران

انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات

دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

مرکز تحقیقات بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران

مرکز تحقیقات مدیریت و رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران



دکتر محمد قدیری وصفی



دکتر میرفرهاد قلعه بندی



دکتر مریم رسولیان



دکتر شهره محسنی آهووی



دکتر امیر حسین جلالی ندوشن

همکاران:

* دکتر امی تیس توکلی

* دکتر فاطمه السادات میرفاضلی

* دکتر امین خیراللهی

* فریبرز درودی

* الهام فراهانی

با همکاری:

مرکز همایش های نوآوران دانش پویا (مهناد)

دبیرخانه اجرایی: تهران، بزرگراه جلال آل احمد، روبروی خیابان شهر آرا، خیابان چهارم، شماره ۹، واحد ۶

mahnadco.ir

تلفن: (۱۰ خط) ۰۲۱-۸۸۲۴۹۷۷۵



برنامه روزانه چهارمین همایش روانشناسی فرهنگی و اجتماعی

تهران، ۲۳ تا ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۴



روز اول:

روان پزشکی فرهنگی

چهارشنبه ۲۳ اردیبهشت ماه ۱۳۹۴

ثبت نام

۸:۳۰-۸

افتتاحیه

هیات رییس: دکتر سید احمد جلیلی، دکتر فرهنگ ارشاد، دکتر سید علی احمدی ابهری، دکتر ربابه مزینانی

۸:۴۰-۸:۳۰ خیر مقدم و بیان اهداف همایش دکتر سید مهدی حسن زاده (رئیس همایش)

دکتر مریم رسولیان (دبیر علمی)

گزارش کمیته علمی

۸:۴۰-۸:۵۰

دکتر امیر حسین جلالی (دبیر اجرایی)

گزارش کمیته اجرایی

۸:۵۰-۹:۰۰

میهمان ویژه

۹:۰۰-۹:۱۵

ویژگی های فرهنگ و جامعه ایرانی مهندس سید محمد بهشتی

۹:۱۵-۱۰:۰۰

پذیرایی

۱۰:۰۰-۱۰:۳۰

روز اول:
روان پزشکی فرهنگی

چهارشنبه ۲۳ اردیبهشت ماه ۱۳۹۴

سمپوزیوم بازنمودهای فرهنگی اختلالات روان پزشکی

هیات رییس: دکتر سید مهدی حسن زاده، دکتر محمد صنعتی، دکتر عبدالرحمن نجل رحیم، دکتر مهرداد افتخار، دکتر بابک روشنایی مقدم، دکتر میرفرهاد قلعه بندی (همانگ کننده)

دکتر بابک روشنایی مقدم	ضمیمه تجربه ذهنی جمعیت اقلیت به ویرایش دوم راهنمای تشخیصی روانشناسی پویا (PDM۲): به رسمیت شناختن نقش فرهنگ توسط جامعه درمان تحلیلی	۱۰:۳۰-۱۰:۴۵
------------------------	--	-------------

هیستریای جمعی ۱۰:۴۵-۱۱:۰۰ دکتر مهرداد افتخار

دکتر اصغر ایزدی جیران	روانپزشکی انسان شناختی: تنوع تجربه سایکوتیک در زمینه های اجتماعی- فرهنگی	۱۱:۰۰-۱۱:۱۵
-----------------------	--	-------------

نمای جمعیت شناختی و فرهنگی ۱۱:۱۵-۱۱:۳۰ دکتر کاوه علوی
اختلال هویت جنسی در ایران

دکتر مسعود احمدزاد اصل	تفاوت های اقلیمی و فرهنگی سیمای خودکشی در ایران: شواهدی از نظام ثبت خودکشی	۱۱:۳۰-۱۱:۴۵
------------------------	--	-------------

طبی سازی تعارضات اجتماعی و ۱۱:۴۵-۱۲:۱۵ فرهنگی: نقدی بر سلامت روان
جهانی دکتر فهیمه میانجی

پانل فرهنگ و اختلالات روان پزشکی: با حضور هیات رییس ۱۲:۱۵-۱۳:۰۰

ناهار و نماز ۱۳:۰۰-۱۴:۰۰

ارائه مقالات پژوهشی	۱۴:۰۰-۱۶:۳۰
---------------------	-------------



روز دوم:

روان پزشکی جامعه نگر

پنجشنبه ۲۴ اردیبهشت ماه ۱۳۹۴

سمپوزیوم روانپزشکی جامعه نگر: چالش ها و چشم اندازهها

هیات رییس: دکتر عمران محمد رزاقی، دکتر جعفر بوالهروی، دکتر حمید طاهرخانی، دکتر سامان توکلی، دکتر همایون امینی، دکتر امیرحسین جلالی ندوشن، دکتر مریم رسولیان (هماهنگ کننده)

دکتر احمد حاجبی	سیاستهای وزارت بهداشت در زمینه خدمات جامعه نگر	۸:۳۰-۸:۴۵
-----------------	--	-----------

دکتر ونداد شریفی	مراکز سلامت روان جامعه نگر؛ مراقبت مشارکتی	۸:۴۵-۹:۰۰
------------------	--	-----------

دکتر محمد قدیری	خدمات پس از ترخیص؛ ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی	۹:۰۰-۹:۱۵
-----------------	---	-----------

دکتر یاسمن متقی پور	خدمات آموزش خانواده	۹:۱۵-۹:۳۰
---------------------	---------------------	-----------

دکتر اشرف نوری	آموزش مهارت های زندگی اجتماعی و مستقل	۹:۳۰-۹:۴۵
----------------	---------------------------------------	-----------

پانل روان پزشکی جامعه نگر: چالش ها و چشم اندازهها: با حضور هیات رییس		۹:۴۵-۱۰:۳۰
---	--	------------

پذیرایی		۱۰:۳۰-۱۱:۰۰
---------	--	-------------

هیات رییس: دکتر محمد قدیری وصفی، دکتر ونداد شریفی، دکتر بهروز بیرشک، دکتر مهدی نصر اصفهانی

دکتر محمد تقی یاسمی	Social action in mental health	۱۱:۰۰-۱۱:۴۵
---------------------	--------------------------------	-------------

دکتر جولین ایتون	Global Mental Health – Out of the shadows	۱۱:۴۵-۱۲:۳۰
------------------	---	-------------

پرسش و پاسخ با حضور سخنرانان و هیأت رئیسه		۱۲:۳۰-۱۳:۰۰
---	--	-------------

ناهار و نماز		۱۳:۰۰-۱۴:۰۰
--------------	--	-------------

ارائه مقالات پژوهشی		۱۴:۰۰-۱۶:۰۰
---------------------	--	-------------

روز سوم:

روان پزشکی اجتماعی

جمعه ۲۵ اردیبهشت ماه ۱۳۹۴

سمپوزیوم خشونت خانگی

هیات رئیسه: دکتر پروانه محمدخانی، دکتر حبیب الله مسعودی فرید، دکتر امیرحمزه زینالی، دکتر مرضیه نجومی، دکتر مروئه وامقی (هماهنگ کننده)

دکتر مروئه وامقی	مرور مطالعات همسرآزاری در ایران	۸:۳۰-۸:۴۵
دکتر فروش داودی	مرور مطالعات عوامل خطر و محافظت کننده خشونت خانگی در منطقه مدیترانه شرقی	۸:۴۵-۹:۰۰
دکتر حبیب الله مسعودی فرید	کودک آزاری در ایران	۹-۹:۱۵
دکتر میترا حکیم شوشتری	مداخلاتی برای کودکان شاهد خشونت	۹:۱۵-۹:۳۰
سید علی کاظمی	ابعاد حقوقی خشونت خانگی	۹:۳۰-۹:۴۵
پانل خشونت خانگی: با حضور هیات رئیسه		۹:۴۵-۱۰:۳۰
پذیرایی		۱۰:۳۰-۱۱:۰۰
هیات رئیسه: دکتر سید کاظم ملکوتی، دکتر محسن گودرزی، دکتر محمد کاظم عاطف وحید، دکتر احمد علی نوربالا		
دکتر حسن رفیعی	رویکردهای سلامت اجتماعی	۱۱:۰۰-۱۱:۲۰
دکتر آفرین رحیمی موقر	روند اعتیاد در ایران	۱۱:۲۰-۱۱:۴۰
دکتر حسین راغفر	فقر و نابرابری و سلامت در ایران	۱۱:۴۰-۱۲:۰۰
دکتر سید حسین سراج زاده	آینده مسائل اجتماعی در ایران: ضرورت غلبه عاملان بر ساختارها برای آینده ای کم مسئله	۱۲:۰۰-۱۲:۲۰
پرسش و پاسخ با حضور سخنرانان و هیأت رئیسه		۱۲:۲۰-۱۳:۰۰
ناهار و نماز		۱۳:۰۰-۱۴:۰۰
ارائه مقالات پژوهشی		۱۴:۰۰-۱۶:۳۰
اختتامیه		۱۶:۳۰-۱۷:۳۰

برنامه ارائه مقالات پژوهشی چهارمین همایش روانشناسی فرهنگی و اجتماعی

تهران، ۲۳ تا ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۶





روز اول:

روان پزشکی فرهنگی

چهارشنبه ۲۳ اردیبهشت ماه ۱۳۹۴
سالن شهید احمدی روشن - ساعت: ۱۶:۳۰ - ۱۴:۰۰

هیات رییس: دکتر هادی خانیکی، دکتر شیرین احمدنیا، دکتر سیدوحید شریعت، دکتر فرید فدایی

ردیف	عنوان مقاله	ارائه دهنده	زمان
۱	بررسی بعدی از فرهنگ اقوام ایرانی: مطالعه مقایسه های لایه های سه قومیت ایرانی با استفاده از نظام نمره گذاری و تفسیر آزمون اندریافت موضوع (TAT)	الهام فیاض	۱۴:۰۰-۱۴:۱۵
۲	مقایسه استیگما (انگ اجتماعی) به بیماران روانی در میان اقلیت های قومی دانشگاه شیراز	محمد غضنفری	۱۴:۱۵-۱۴:۳۰
۳	بازتاب اختلال وسواسی- جبری در رسانه های نوشتاری	ارسیا تقوا	۱۴:۳۰-۱۴:۴۵
۴	تجربه زیسته بیماران اختلال خلقی دوقطبی از داغ ننگ بیماری روانی	مریم افشاری	۱۴:۴۵-۱۵:۰۰
۵	عوامل مرتبط با نگرش والدین اطفال مبتلا به اختلالات روانی درخصوص سبب شناسی و درمان بیماری روانی کودکان خود؛ سالهای ۹۲ و ۱۳۹۱	میلاد بازقلعه	۱۵:۰۰-۱۵:۱۵
۶	تبیین دلایل والدین از چرایی ابتلای فرزندشان به اختلال هویت جنسی	شهره محسنی	۱۵:۱۵-۱۵:۳۰
۷	تحلیل محتوای تصویری تصورات قالبی سالمندی	نسیبه زنجری	۱۵:۳۰-۱۵:۴۵
۸	ویژگی های مردم ایران از نظر نوع شناسی شخصیتی یونگ	فرید فدایی	۱۵:۴۵-۱۶:۰۰
۹	پرسش و پاسخ	سخنرانان	۱۶:۰۰-۱۶:۳۰

روز دوم:

روان پزشکی جامعه نگر

پنجشنبه ۲۴ اردیبهشت ماه ۱۳۹۴

سالن شهید احمدی روشن - ساعت: ۱۶:۰۰ - ۱۴:۰۰

هیات رئیسه: دکتر مرتضی خواجهی نوری، دکتر بدری دانش آموز، دکتر مهدی صمیمی اردستانی،
دکتر رسول خلخالی

ردیف	عنوان مقاله	ارائه دهنده	زمان
۱	بهبودی بیماران و جامعه: از مفهوم تا عمل؛ نگاهی به چالش های آموزش ارایه دهندگان خدمات سلامت روان	مسعود احمدزاد	۱۴:۰۰-۱۴:۱۵
۲	برنامه بهداشت روان شهری (Urban Mental Health)، مبتنی بر طرح پزشک خانواده	کاظم ملکوتی	۱۴:۱۵-۱۴:۳۰
۳	بررسی میزان هزینه اختلال دو قطبی نوع یک و عوامل مرتبط با آن طی یکسال پی گیری بیماران بستری در مرکز آموزشی درمانی روان پزشکی ایران	شهاب شیرخدا	۱۴:۳۰-۱۴:۴۵
۴	بررسی اثربخشی شیوه مدیریت مورد یکپارچه بر بار مراقبت در مراقبان خانگی بیماران دارای اختلالات روانی مزمن در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی	مریم ذبیحی پورسعدتی	۱۴:۴۵-۱۵:۰۰
۵	بررسی هزینه های مالی مستقیم بیماران بستری شده به سبب عوارض ناشی از مصرف متامفتامین در بیمارستان روانپزشکی ایران، در سال ۱۳۹۲	کاوه علوی	۱۵:۰۰-۱۵:۱۵
۶	تأثیر برنامه باز ورود به جامعه بر وضعیت روانی و کارکرد بیماران اسکیزوفرنیا	سولماز محمدزاده	۱۵:۱۵-۱۵:۳۰
۷	آیا برنامه بازگشت به اجتماع در کاهش عود و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا موثر است؟	فاطمه هادی	۱۵:۳۰-۱۵:۴۵
۸	پرسش و پاسخ	سخنرانان	۱۵:۴۵-۱۶:۰۰



روز سوم:

روان پزشکی اجتماعی

جمعه ۱۲ اردیبهشت ماه ۱۳۹۴

سالن شهید احمدی روشن - ساعت: ۱۶:۳۰ - ۱۴:۰۰

هیات رئیسه: دکتر امین قانع‌ی راد، دکتر مهران ضرغامی، دکتر محمدباقر صابری زفرقندی،
دکتر مرتضی ناصربخت

ردیف	عنوان مقاله	ارائه دهنده	زمان
۱	بررسی عوامل اجتماعی انگ بیماری روانی بر نوجوانان مبتلا به اختلال روانی	مهنازفلاحی	۱۴:۰۰-۱۴:۱۵
۲	بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و افسردگی، مطالعه موردی شهروندان شهر تهران	هدا یاقوتی	۱۴:۱۵-۱۴:۳۰
۳	هویت‌یابی زنان در رابطه با تجربه طلاق	زهرآ آقاجانی	۱۴:۳۰-۱۴:۴۵
۴	نگرش پزشکان متخصص غیر روان پزشک و بیماران آنان به درمان های روان پزشکی چگونه است؟	ناهید نورانی	۱۴:۴۵-۱۵:۰۰
۵	تبیین ساختار فرهنگی اقدام به خودسوزی (یک مطالعه کیفی)	لیبا رضایی	۱۵:۰۰-۱۵:۱۵
۶	نگرش رایج ایرانیان نسبت به تریاک	مهران ضرغامی	۱۵:۱۵-۱۵:۳۰
۷	بررسی رابطه بین هوش هیجانی مردان با خشونت علیه همسران در شهر طبس	طیبه جعفریان	۱۵:۳۰-۱۵:۴۵
۸	اثربخشی آموزش منابع تکوین خود بر کاهش استیگما در مراقبین خانوادگی بیماران روانی	محمد محمدی	۱۵:۴۵-۱۶:۰۰
۹	پرسش و پاسخ	سخنرانان	۱۶:۰۰-۱۶:۳۰

برنامه ارائه پوسترها چهارمین همایش روانشناسی فرهنگی و اجتماعی

تهران، ۲۳ تا ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۶





روز اول:

ساعت ۱۴:۰۰-۱۳:۰۰

چهارشنبه ۲۳ اردیبهشت ماه ۱۳۹۴

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده
۱	روان پزشکی فرهنگی و خرافات	مریم موسوی نیک
۲	بررسی ۱۲ ساله علل اقدام به خودکشی گزارش شده از اورژانس مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران	طاهره رعدی
۳	فرایند اقدام به خودکشی در میان نوجوانان ایرانی (یک مطالعه کیفی)	محمدرفعی بذرافشان
۴	بررسی سواد سلامت روان در مورد افسردگی دردانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران	آزاده سیاری فرد
۵	جایگاه مشارکتهای فرهنگی اجتماعی مردم نهاد و خیریه در ارتقاء سلامت معنوی و روانی	یوسف فکور
۶	بررسی عوامل موثر بر سلامت روان دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر بوشهر مبتنی بر تئوری شناخت اجتماعی در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲	زهره شکیب
۷	بررسی اپیدمیولوژیک سلامت عمومی در پزشکان شیراز، خرداد ۹۳	الهه قربانپور
۸	تجربه بی خوابی و باورهای مرتبط با آن (یک مطالعه کیفی)	لیلا رضایی
۹	استانداردها و شیوه های نوین آموزش بیمار و خودمراقبتی	سجاد کتابی

روز دوم:

ساعت ۱۴:۰۰-۱۳:۰۰

پنجشنبه ۲۴ اردیبهشت ماه ۱۳۹۴

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده
۱	بررسی اطلاعات دموگرافیک، زمان و چگونگی مراجعه در مراجعه کنندگان به اورژانس روانپزشکی بیمارستان روانپزشکی ایران در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲	محمد قدیری
۲	بررسی تداوم اثربخشی خدمات پس از ترخیص (ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی) بر افکار و رفتار خودکشی یک سال پس از قطع این خدمات در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی شدید	کاوه علوی
۳	نقش کاردرمانی در بازگشت به کار بیماران با اختلالات روانپزشکی مزمن	نسیبه نوری
۴	بررسی تغییرات فراوانی تشخیص گذاری اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی نسبت به یکدیگر و نسبت به کل بیماریهای روان پزشکی در سال های ۸۶-۸۲ با سالهای ۹۱-۸۷ در بیمارستان رسول اکرم و بیمارستان روان پزشکی ایران	امین خیراللهی
۵	Occupational therapy using a sensory integrative approach for children with developmental disabilities	سعدی شریفی
۶	بررسی اپیدمیولوژیک ۴۰۰۰ پرونده بیماران ارجاعی به کلینیک بیماریهای اعصاب در مرکز شهر شیراز در سالهای ۱۳۸۵-۱۳۸۹	الهه قربانپور
۷	بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنیا و دوقطبی ای که در شرایط حاد بیماری نیستند به چه دلایلی به تماس با پزشک خود نیاز دارند؟ مطالعه کیفی پیامک های بیماران به پزشک خود	امیرعباس کشاورز
۸	خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنیا و دوقطبی به چه دلایلی به تماس با روانپزشک نیاز دارند؟ مطالعه کیفی پیامک های خانواده های بیماران به روانپزشک	روح اله صدیق



روز سوم:

ساعت ۱۴:۰۰-۱۳:۰۰

جمعه ۲۵ اردیبهشت ماه ۱۳۹۴

ردیف	عنوان مقاله	نویسنده
۱	یک مطالعه هم گروهی بزرگ از نگرش مردم شهر مشهد درباره تاثیر مصرف الکل بر مشکلات شایع سلامت	مژگان امینی
۲	مقایسه هوش و عزت نفس دختران فراری با دختران عادی	ملیحه طالبی
۳	تاثیر برنامه درمانی بخشش بر ارتقاء همدلی و کاهش انگیزه های انتقام جویانه و اجتنابی نوجوانان پسر بزهکار	مریم اسدی
۴	تبیین جامعه شناختی سلامت روان	پریخ امامی
۵	بررسی انواع مزاحمت های جنسی در اجتماع و رابطه آن با میزان پذیرش هنجارهای جنسیتی و حضور در اماکن عمومی	عبدالمحمد طاهری
۶	فرسودگی شغلی یا فشارهای روانی محل کار و راههای مقابله با آن	یوسف فکور
۷	رابطه میزان حضور در شبکه های اجتماعی، فشار روانی ادراک شده، مشکلات خواب و فشارخون در دانشجویان: مطالعه موردی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه گیلان در ایام امتحان پایان نیمسال	ایرج شاکری نیا
۸	رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی با رضایت زناشویی در بین کارکنان مرکز بهداشت شهرستان اسلام آباد غرب سال ۹۳-۱۳۹۲	علی احمدیان

چکیده سخنرانی های همایش چهارمین همایش روانپزشکی فرهنگی و اجتماعی

تهران، ۲۳ تا ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۴





ضمیمه تجربه ذهنی جمعیت اقلیت به ویرایش دوم راهنمای تشخیصی روانشناسی پویا (PDM-2): به رسمیت شناختن نقش فرهنگ توسط جامعه درمان تحلیلی

دکتر بابک روشنایی مقدم

راهنمای تشخیصی روانشناسی پویا (PDM) چارچوبی تشخیصی بر پایه تحقیقات تجربی است که می‌کوشد طیف کاملی از عملکردهای فرد، عمق و همچنین سطح الگوهای عاطفی، شناختی و اجتماعی آن را توصیف کند. PDM با به کارگیری رویکردی چند بعدی، طیف الگوها و اختلالات شخصیتی (محور P)، نیم‌رخ از عملکردهای ذهنی (محور M) و الگوهای نشانه‌های بیماری با تمرکز بر تجربه ذهنی بیمار (محور S) را دسته‌بندی می‌کند.

محور S بر اساس توصیف نشانه‌های DSM-5 و ICD-10 به وجود آمده است که طی آن سوابجکتیویته فرد بر حسب الگوهای عاطفی، محتوای ذهنی، وضعیت‌های بدنی همراه آنها و الگوهای ارتباطی مربوط به آن شرح داده می‌شود.

کار اخیر بر روی چاپ دوم PDM-2 تغییرات متعددی را در PDM-1 در نظر گرفته است. به عنوان مشاور بر اعمال تغییرات بر محور S افتخار دارم که مسئولیت کار روی بخش جدید «نشانه‌های بیماری و فرهنگ» را برعهده داشته باشم. بخشی که به توصیف تجربه ذهنی بیمار و درمانگر در جمعیت اقلیت قومی-فرهنگی، زبانی، دینی و سیاسی می‌پردازد که در این سخنرانی به شرح آن خواهم پرداخت.

هیستریای جمعی

دکتر مهرداد افتخار

دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان

از ماجرای شیدایی رقصی^۱ یا طاعون رقصی^۲ در قرن ۱۴ میلادی صدها واقعه هیستریای جمعی گزارش شده است. در آن ماجرا، مبتلایان زن و مرد و بچه آن قدر می رقصیدند که از حال می رفتند. اولین رخدادهای شیدایی رقصی در سال ۱۳۷۴ آلمان بود که به سرعت به تمام اروپا گسترش یافت. بروز آن در شهر استراسبورگ در سال ۱۵۱۸ را می توان عنوان یکی از مهمترین آن ها دانست. در این زمان زنی در خیابان شروع به رقص کرد و در مدت ۴ روز ۳۳ نفر و در عرض یک ماه ۴۰۰ نفر به او پیوستند. بسیاری از آنان دچار حمله قلبی شده و درگذشتند. گفته می شده که رقصندگان در وضعیت ناهشیار بوده و قابل کنترل و توقف نبوده اند. شیدایی رقصی بارها در اروپا اتفاق افتاد تا آن که در قرن هفدهم به ناگاه متوقف شد. وضعیتی مشابه شیدایی رقصی در قرن هفدهم در ایتالیا اتفاق می افتاد که آن را تارانتیسم^۳ می نامیدند. تارانتیسم تنها در تابستانها رخ میداد و افراد به دنبال تصور گزیده شدن با رتیل یا عقرب و به قصد تصفیه خون برای رهایی از سم به رقص می پرداختند. این افراد هم قابل توقف نبودند و در بسیاری از اوقات پایان غم انگیز حمله قلبی و مرگ را به دنبال داشت.

از آن زمان هر از گاهی مجلات پزشکی شاهد چاپ گزارشی از هیستریای جمعی بود. شماره ۲۴ سپتامبر سال ۱۹۸۳ مجله لانست گزارش واقعه های را چنین بیان کرد: در ششم ماه می سال ۱۹۸۳ تجمع کاتولیکی با حضور ۵۱۷ بچه (۲۶۴ دختر و ۲۵۳ پسر) و ۳۵ بزرگسال در کلیسایی در حومه شهر سینسینیتا برگزار شد. در حیم مراسم زنی ۳۵ ساله ای غش کرد. پس از آن متولیان مراسم بچه های بسیاری را به دلیل علائم سردرد، سرگیجه و تهوع از مراسم خارج کردند. در عرض ۲۵ دقیقه ۷۵ کودک مبتلا شدند. در معاینه بچه ها در بیمارستان هیچ یافته غیر طبیعی گزارش نشد و همه بچه ها با دادن اطمینان خاطر بهبود یافتند.

بروز هیستریای جمعی در غالب موارد به یک معما برای پزشکان تبدیل میشده است و تنها پس از گذشت زمان (و در بیشتر موارد پس از توقف حملات) جنبه هیستریک آن شناسایی می شده است. همیشه مواردی چون نیش پشه، ویروس جدید، مسمومیت غذایی و آلاینده های هوا و ... مورد توجه قرار می گرفته و می بایست نقش علتی آنها در این اپیزودها رد می شده اند.

1. Dancing mania
2. Dancing plague
3. Tarantism



علائم افراد مبتلا در طی این اپیزودها یکسان بوده است. وجود نگرانی مشترک و تلقین پذیری در مبتلایان از ویژگیهای این حملات بوده است. بیشترین علائم گزارش شده طی این حملات سرگیجه و اضطراب بوده است. معمولاً هیستریای جمعی در زنان بیشتر دیده می‌شود، در شرایط سختی و دشواری بروز می‌کند و در محیط‌هایی که افراد در نزدیک هم تجمع دارند تظاهر می‌کند.

داستانهای هیستریای جمعی گزارش شده هم دارای این موارد مشترک بوده است:

- شروعی ناگهانی.
- جلب‌کننده توجه افکار عمومی. آلن کرچکوف در کتاب خود با عنوان نیش پشه ژوئن که در واقع گزارشی از یک هیستریای جمعی است چنین می‌نویسد: اخبار ساعت ۶ عصر خبر را چنین اعلام کرد...معمولاً به دلیل گسترش ناگهانی و رمزآلود بودن علتی آن خبرساز است.
- "مختل‌کننده. هنگامی که این حملات در کارخانه‌ها یا مدارس و کلیساهای ... رخ می‌داده فعالیت معمول آن‌ها را معطل می‌کرده است.
- کوتاه مدت. در کنار شروع ناگهانی، ختم ناگهانی هم به چشم می‌خورد و معمولاً مدت زیادی دوام نمی‌یابد.
- هیستریای جمعی را می‌توان تحت زیرمجموعه بزرگتر سرایت رفتار قرار داد که سایکوپاتولوژی از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود. برای سرایت رفتار توضیح‌های ۱- تقلید^۲ و ۲- واکنش چرخه‌ای و راپورت هیجانی^۵ و ۳- تلقین پذیری ذکر شده است.

روانپزشکی انسان شناختی: تنوع تجربه سایکوتیک در زمینه های اجتماعی - فرهنگی

دکتر اصغر ایزدی جیران

عضو گروه انسان شناسی دانشگاه تهران

روانپزشکی انسان شناختی به دنبال فهم زمینه های فرهنگی و اجتماعی تجربه بیماری است تا بتواند به بهبود ارزیابی های تشخیصی و کارایی درگیری های بالینی روانپزشکان کمک کند. رویکرد انسان شناختی به بیماریهای روانی آنها را در زمینه زندگی روزمره، دانش فرهنگی و شبکه اجتماعی حول بیماری قرار می دهد تا از خلال آنها نشان دهد که افراد بیماری ها را به گونه های مختلفی تجربه می کنند و لذا بایستی در معیارهای تشخیصی و نیز در فرایند درمان به جهان فرهنگی و اجتماعی بیمار توجه شود. در مقاله حاضر با استفاده از روش مردم نگاری و فنون مصاحبه ای و مشاهده ای با ۸ بیمار سایکوتیک در تبریز و تهران کوشیده ام تا ۱) ویژگیهای فرهنگی و اجتماعی هذیانها، توهمات و آشفتگی های گفتاری را استخراج کرده و در خصوص عادی یا غیرعادی بودن آنها از لحاظ فرهنگی و اجتماعی، نه بر اساس معیارهای جهان شمول، بحث کنم؛ ۲) استفاده بیمار از منابع فرهنگی در خصوص معنادار کردن زیست روزمره را بفهمم و به جهان او نزدیک شوم؛ ۳) رابطه بیمار و درمانگر را از چشم انداز تفاوت های فرهنگی این دو و تفاوت گفتمان زندگی روزمره و گفتمان روانپزشکی بررسی و تحلیل کنم؛ و ۴) نقش شبکه اجتماعی مرتبط با بیمار را در تشدید بیماری یا تسهیل درمان بکاویم. نتایج پژوهش حاضر نشان میدهند که درگیری بیمار در تعاملات اجتماعی خاص و زندگی در بستر فرهنگی ویژه سهم عمده ای در مسائل زیر دارند: فهم پذیری / عدم فهم پذیری ویژگیهای سایکوتیک در زمینه های خاص فرهنگی و اجتماعی، ترجمه پذیری / ترجمه ناپذیری علائم اجتماعی - فرهنگی بیماری به معیارهای تشخیصی DSM-V (ویرایش پنجم، ۲۰۱۳)، تمایل / عدم تمایل بیمار و خانواده او نسبت به دریافت کمکهای بالینی و بیمارستانی، و حمایت / عدم حمایت گروههای اجتماعی نزدیک به بیمار در فرایندهای درمانی. همه موارد فوق نشان میدهند که تا چه حدی اختلالات روانی آغشته به معانی فرهنگی و روابط اجتماعی ای هستند که بیمار، مراقبان و روانپزشکان در آنها زندگی می کنند.



نمای جمعیت‌شناختی، فرهنگی و اجتماعی اختلال هویت جنسی در ایران

دکتر کاوه علوی

روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

اختلال هویت جنسی به سبب درگیری بخش مهمی از هویت فردی، اختلال مهم و دردناکی محسوب می‌شود. این اختلال که اخیراً با عنوان «دیسفوریای جنسیتی» معرفی شده است شامل دو دسته علائم شکایت از جنسیت ظاهری و بروز رفتارهای معمول برای جنسیت مقابل است. اگرچه انتظار بر این است که دیسفوریای جنسیتی طبیعتی جهان‌شمول داشته باشد، نمی‌توان رد پای مناسبات اجتماعی را در آن نادیده گرفت. تشخیص جزء دوم این اختلال هم تا حد زیادی به تعریفی که جامعه از جنسیت و رفتارهای منطبق با آن ارائه می‌کند، بستگی دارد. بر اساس مطالعاتی که در جمعیت ایرانی انجام شده است، شیوع این اختلال از آنچه در بسیاری از کشورها دیده می‌شود کمتر است: ۱ در ۱۴۵۰۰۰ در گروه مرد به زن (MtF) و ۱ در ۱۳۶۰۰۰ در گروه زن به مرد (FtM). همچنین نسبت جنسی این اختلال هم در ایران به عدد ۱ نزدیک است که با بسیاری از کشورهای غربی متفاوت است. اختلال هویت جنسی در کودکان پدیده شناخته‌شده‌ای است. در بیماران ایرانی نیز عمده این افراد ($FtM < MtF$) علائم اختلال را از کودکی نشان می‌دهد، اما تشخیص اختلال هویت جنسی در کودکان ایرانی بسیار نادر است و نشان می‌دهد این پدیده در کودکان شناخته نمی‌شود یا دست کم آن را جدی تلقی نمی‌کنند. مطالعه بیماران ایرانی نشان داده است که ترانس سکسوال‌های مرد به زن خصوصیات مردانه و زنانه‌ای شبیه به زنان شاهد دارند. در مقابل، مردانگی ترانس سکسوال‌های زن به مرد مشابه مردان شاهد است، اما این افراد از مردان شاهد زنانگی کمتری دارند. این یافته با بیشتر مطالعات غربی متفاوت است. یک وجه دیگر زندگی این افراد، زندگی جنسی آنها است. برخی از این افراد امکان انجام عمل جراحی را پیدا نمی‌کنند و بسیاری از آنهايي هم که اقدام به انجام جراحی بازسازی دستگاه تناسلی می‌کنند، این اعمال را تا انتها دنبال نمی‌کنند یا امکان آن را نمی‌یابند. با این حال، عموم این افراد و خصوصاً گروه FtM، از تغییر جنسی خود رضایت دارند و شمار غالب توجهی از آنها نهایتاً از سوی جامعه دوباره پذیرفته می‌شوند. ابعاد زندگی مذهبی این افراد نیز، نسبت به جوامع غربی، منحصر به فرد است. یکی از وجوه این تفاوت به لزوم رعایت آداب اجتماعی و مناسک مذهبی اسلام مرتبط است که انجام آنها پیش از انجام عمل جراحی، دست کم برای گروه FtM، مشکل یا غیرممکن بوده و بسیاری از آنها تجربه طرد شدن از طرف جامعه مذهبی را گزارش می‌کنند. در کل، به نظر می‌رسد اگرچه اختلال هویت جنسی یک اختلال جهان‌شمول است، وجوه سبب‌شناختی، جمعیت‌شناختی، مناسبات اجتماعی و سیر آن وابسته به فرهنگ و ملت ما است.

تفاوت های اقلیمی و فرهنگی سیمای خودکشی در ایران: شواهدی از نظام ثبت خودکشی

دکتر مسعود احمدزاداصل

روانپزشک، استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. m.ahmadzad@gmail.com

رفتارهای خودکشی یکی از مشکلات سلامت روان می باشد که همراه با مرگ و میر و اختلالات و عوارض جسمی-روانی است. با وجود اینکه کشور ما از الگوی متمایزی از رفتارهای خودکشی در بین کشورهای دیگر برخوردار است، در عین حال در استانهای مختلف کشور نیز الگوی آن نیز دارای تنوع بسیار می باشند. مطالعه سیر تغییرات میزان رفتارهای خودکشی در طول زمان و توجه به تنوع و پراکندگی آن در مناطق مختلف جغرافیایی و فرهنگی میتواند به شناخت بیشتر این مساله کمک کند. در این نوشتار تفاوت در میزان بروز رفتارهای خودکشی در طول دوره زمانی چهار ساله و تنوع میزان کشندگی رفتارهای خودکشی بر اساس جنسیت، محل سکونت و روش اقدام در استانهای مختلف کشور مورد بررسی قرار میگیرد.

این نوشتار بر اساس اطلاعات سامانه ثبت خودکشی کشور می باشد که در آن اطلاعات کلیه موارد رفتارهای خودکشی (اقدام و منجر به فوت) شناسایی شده در مراکز درمانی و بهداشتی کشور در طول سالهای ۹۱-۱۳۸۸ بر اساس دستورالعمل یکسان جمع آوری و ثبت می شوند.

در این سامانه تعداد ۲۵۱۸۰۷ مورد رفتار خودکشی در فاصله سالهای ۹۱-۱۳۸۸ در کشور ثبت شد که از این تعداد ۶۶۵۴ مورد (منجر به مرگ شد است. میزان بروز اقدام به خودکشی کشور در طول سالهای ۹۱-۱۳۸۸ بین ۵۳٫۶ - ۱۰۰٫۱ در صد هزار و میزان بروز خودکشی از ۱٫۸ - ۲٫۲ در صد هزار نفر جمعیت بود. سیر میزان بروز اقدام در زنان و مردان در این سالها به ترتیب ۱۲۲٫۲-۶۲٫۹ و ۷۷٫۶-۴۴٫۱ در صد هزار بود و در مناطق روستایی و شهری به ترتیب بین ۷۵٫۳-۳۸٫۹ و ۱۰۷٫۵-۵۸٫۶ در صد هزار بود. دامنه تغییرات میزان بروز اقدام خودکشی در استانهای مختلف بین ۲۷۱-۰٫۷ در صد هزار و به میزان قابل توجهی دارای دامنه وسیع بود، و نیز دامنه تغییرات میزان بروز خودکشی بین ۱۷٫۷-۰٫۲ در صد هزار می باشد. همچنین میزان کشندگی کل ۶۴٫۲ درصد در استانهای مختلف با دامنه ۰٫۸۱ درصد در استان سمنان تا ۲۸٫۴۹ درصد در کهگیلویه و بویراحمد. میزان کشندگی (دامنه) روش های مختلف رفتار خودکشی در استانهای مختلف به ترتیب برای حلق آویز (۹۲٫۳-۲۵) ۶۴٫۲ درصد، سلاح گرم (۱۰۰-۵۴٫۲) درصد، خودسوزی (۱۰۰-۴۶٫۸) درصد، غرق شدن (۱۰۰-۳۷٫۴) درصد، پرتاب از بلندی (۱۰۰-۲۵٫۸) درصد، مسمومیت با سم (۱۰۰-۵٫۳) درصد، مسمومیت با مواد (۱۰۰-۲٫۱) درصد، سلاح سرد (۴۰-۱٫۲) درصد، مسمومیت با دارو (۴۰-۰٫۹) درصد و برای سایر روش ها (۳۱٫۵-۰) درصد) ۳٫۵ درصد بوده است. میزان کشندگی (دامنه) در مناطق روستایی (۴۷٫۸-۰) ۵٫۶۵ درصد و شهری (۴۵٫۸-۰٫۴) ۲٫۲۴ درصد و در زنان و مردان به ترتیب



۳۸,۷-۲۹,۰۶ درصد و ۴,۲۲(۱,۰۱-۵۶,۴) درصد بود.

افزایش مشاهده شده در میزان بروز رفتارهای خودکشی بخصوص در مورد اقدام خودکشی در طول سالهای میتواند ناشی از بهبود نظام ثبت و شناسایی موارد اقدام در نظام سلامت کشور باشد. همچنین دامنه وسیع تغییرات بسیار وسیع میزان اقدام خودکشی و میزان کشندگی کلی و به تفکیک روش، جنسیت و محل سکونت در استانهای مختلف حاکی از ارتباط الگوی های فرهنگی-جغرافیایی متفاوت و متنوع در مناطق مختلف با رفتارهای خودکشی میباشد.

این نوشتار خلاصه ای از مقالات در حال انتشاری می باشد که سایر همکاران نویسنده مقالات در حال انتشار از این طرح عبارتند از: دکتر احمد حاجبی، دکتر فرنوش داودی، دکتر رئوفه قیومی.

طبی سازی تعارضات اجتماعی و فرهنگی: نقدی بر سلامت روان جهانی

دکتر فهیمه میانجی

Fahimeh Mianji (PhD)

Doctoral Fellow of Global Health Research (GHR-CAPS)

Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry, McGill
University Montreal, Canada

مانند بسیاری از جوانب دیگر زندگی بشر، آموزش و درمان روانپزشکی نیز به یکی از موضوعات گلوبالیزاسیون (Globalization) در یک دهه گذشته تبدیل شده است. استراتژی های اخیر سلامت روان جهانی (Global Mental Health)، سازمان بهداشت جهانی (WHO)، و سایر هم پیمانانشان مدعی بر بسط، به کار بست، و ارزشیابی مدل های "مبتنی بر مشاهده" در روانپزشکی به منظور ارتقا دسترسی به خدمات سلامت روانی و از بین بردن نابرابری در دسترسی به این خدمات بوده است. اگرچه که سوالات و نقدهای بسیاری درباره اهداف و پیامدهای عملی این رویکردها توسط روانپزشکان فرهنگی و اجتماعی، جامعه شناسان و انسان شناسان مطرح گردیده است. از دهه ۱۹۷۰ میلادی، اعتبار بسیاری از مطالعات "مبتنی بر مشاهده" که به طور فزاینده ای توسط شرکتهای دارویی غربی در جهت منافع بازار محصولت جدیدشان کنترل می شوند به چالش کشیده شده و در مورد نقش این کمپانیها در ارایه تعاریف طبی از رفتارها و هیجاناتی که در تعارضات اجتماعی و فرهنگی افراد ریشه دارد هشدار داده شده است. درحالیکه در قرن بیستم تمرکز این انتقادات بیشتر بر بازنگری در مفاهیم، تشخیص ها، و مداخلت روانپزشکی بر آمده از دانش "مبتنی بر مشاهده" در غرب بوده است، در قرن بیست و یک (عصر گلوبالیزاسیون)، صادرات همان مدل های روانپزشکی غربی "مبتنی بر مشاهده" به کشورهای غیر غربی تبدیل به چالش جدیدی در حوزه سلامت روان شده است. خطرهای بالقوه نادیده گرفت نقش فرهنگ در شکل دهی تجربه بیماری و به کار بستن طبقه بندی ها، مفاهیم، و مداخلات درمانی غربی در بافتهای غیر غربی در تحقیقات بسیاری بحث شده است. این تحقیقات نشان داده اند که به کار بست مداخلاتی که به لحاظ فرهنگی و بومی هماهنگ نیستند منجر به تشخیص نامتناسب، درمان نامتناسب و افزایش استیگما می شوند. بعلاوه، تکیه بیش از حد بر طبقه بندی های روانپزشکی ممکن است توجه را از مولفه های ساختاری و اجتماعی که از جمله دلیل ریشه ای نه تنها در ایجاد اختلالات روانی بلکه در نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت روان نیز میباشد منحرف کنند.



بسیاری معتقدند که اگرچه رویکردهای گلوبالیزاسیون سلامت روان در غالب اهمیت به برابری انسانها در سلامت جهانی تبلیغ می شود، اما در عمل به اشاعه باور جهانشمولی طبقه بندی های خاص روانپزشکی، تاکید بیش از حد بر تشابهات فرهنگی و کم اهمیت نشان دادن تفاوتها متمایل است. رویکردهایی که بسیاری از اختلالات روانی را که در نتیجه شرایط محیطی و اجتماعی نامناسب ایجاد میشوند طبی سازی کرده، برای مشکلات وسیع اجتماعی و سیاسی تعاریف محدود بیومدیکال ارایه داده و سپس راه را برای مداخلات ساده مانند درمانهای دارویی و یا مدل های اولیه درمانهای رفتاری استاندارد شده هموار می کنند. روشهایی که اگر چه به دلیل سادگی و در دسترس بودن بیشتر از مداخلات پیچیده تر روانی اجتماعی مورد استقبال قرار می گیرند، اما در عمل ممکن است منجر به منحرف کردن توجه محققین و درمانگران حوزه سلامت روان از آنچه که میلیونها آدم در سراسر جهان ممکن است ریشه های فشارهای روانی شان را به آن نسبت دهند، می شود. در ادامه این مقاله با ذکر دو مثال از کشورهای ژاپن و ایران (پدیدار شدن مدل های غربی تشخیص اختلال افسردگی و داروهای ضد افسردگی در ژاپن و پدیدار شدن تشخیص و درمانهای طیف اختلال دو قطبی در ایران) به پیامدهای عملی واردات و به کار بست طبقه بندی های روانپزشکی غربی در زمینه های غیر غربی خواهد پرداخت.

سیاستهای وزارت بهداشت در زمینه خدمات جامعه نگر

دکتر احمد حاجبی

روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

خدمات سلامت روان جامعه نگر، افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی را بجای بیمارستان های روانپزشکی، در جامعه و محیط خانواده درمان می کند. طیف این خدمات بسته به کشوری که این خدمات را فراهم می نماید، متفاوت است. این نوع خدمات معمولاً به نظام مراقبتی اطلاق می گردد که در آن جامعه بیمار، و نه یک مرکز خاص همچون بیمارستان، فراهم کننده خدمات مراقبتی برای فرد مبتلا به اختلال روانپزشکی می باشد. در اغلب موارد هدف تیم های ارائه کننده خدمات جامعه نگر فراتر از یک درمان سرپایی ساده می باشد.

نمونه هایی از خدمات سلامت روان جامعه نگر شامل خانه های حمایتی با سرپرستی کامل یا نسبی، بخش های روانپزشکی در بیمارستان های عمومی، مراقبت های بهداشتی اولیه، مراکز روزانه، مراکز سلامت روان جامعه نگر و گروه های خودیار سلامت روان می باشد. این خدمات ممکن است بوسیله متخصصین سلامت روان در یک منطقه جغرافیایی خاص و از طریق سازمان های دولتی ارائه گردد و یا ممکن است توسط بخش خصوصی و یا سازمان های خیریه فراهم گردد. سازمان بهداشت جهانی تاکید می کند که در نظام ارائه خدمات سلامت روان جامعه نگر، دسترسی افراد برای دریافت خدمت بیشتر و اثربخشی آنها بازتر است. محرومیت های اجتماعی که معمولاً گریبانگیر بیماران می شود در مورد این خدمات کمتر مطرح است و کمتر احتمال دارد که حقوق انسانی افراد بیمار در این خدمات، نادیده گرفته شود و این اتفاقی است که در اغلب بیمارستان های روانپزشکی با آن روبرو هستیم. از طرفی سازمان جهانی بهداشت اعلام می نماید که در اغلب کشورها تعطیلی بیمارستان های روانپزشکی با توسعه خدمات جامعه نگر همراه نشد و فقط یک خلأ خدمتی ایجاد نمود به گونه ای که تعداد زیادی از بیماران هیچگونه خدمتی را دریافت نکردند.

در این راستا حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت سعی نموده که ترکیب مناسبی از خدمات را ارائه نماید، بنابراین راهبرد غالب فراهم نمودن هر دو خدمت بیمارستانی و جامعه نگر برای افراد نیازمند بوده است. همچنین تلاش براین بوده که نشانه های دارای اولویت استفاده کنندگان از خدمات در نظر گرفته شود و مداخلات هم نشانه ها و هم ناتوانی ها را در بر بگیرد. چند راهبرد اصلی برای نیل به اهداف شامل ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، احداث تخت های روانپزشکی در بیمارستان های عمومی، ارتقاء جامعیت خدمات، راه اندازی مراقبت های پس از ترخیص با هدف مراقبت مستمر و راه اندازی مراکز سلامت روان جامعه نگر بوده است.



مراکز سلامت روان جامعه نگر (CMHC): مراقبت مشارکتی

دکتر ونداد شریفی^۱، دکتر فرید ابوالحسنی^۲

۱. عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. عضو هیئت علمی موسسه ملی تحقیقات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

راه اندازی مراکز سلامت روان جامعه نگر (Community Mental Health Centers; CMHC) با هدف ایجاد تحولی در سلامت روان شهری در اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصویب شده است. ساختار این مراکز در دانشگاه علوم پزشکی تهران طراحی شده و اولین مرکز نیز در سال ۱۳۸۹ با حمایت دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت در مناطق تحت پوشش این دانشگاه راه اندازی شده است. بر این اساس، تا کنون ۱۰ مرکز در سطح کشور آغاز به فعالیت و ارائه خدمات کرده اند.

یکی از خدمات اصلی این مراکز، ارائه خدمات با مدل مراقبت مشارکتی (Collaborative Care) است که شواهد قابل توجهی برای اثربخشی آن در کشورهای توسعه یافته وجود دارد. در این مدل، گروهی از پزشکان عمومی تحت آموزش و نظارت‌های مستمر قرار می‌گیرند و با همکاری و مشارکت سطح تخصصی روانپزشکی و مبتنی بر راهنماهای بالینی به شناسایی و درمان بیماران روانپزشکی می‌پردازند. در موارد خاص نیز، پزشکان عمومی، بیماران را به مرکز سلامت روان جامعه نگر برای دریافت خدمات تخصصی روانپزشکی و روانشناختی توسط روانپزشک و روانشناس بالینی ارجاع می‌دهند. همچنین کلیه اطلاعات در نرم افزار طراحی شده برای این مراکز ثبت می‌شود که خود مبنایی برای نظارت عملکرد خواهد بود. همچنین نقش رابط درمان (Case Manager) برای منشی یا پرسنل دیگری در مطب یا درمانگاه پزشکان تعریف شده است که در آن، رابط درمان، وضعیت بیمار را پیگیری و از مصرف منظم داروها و نیز مراجعات منظم اطمینان حاصل می‌کند.

تا کنون در دو مرکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران که در جنوب تهران واقع است، ۵۶ پزشک تحت پوشش قرار گرفته اند که همکاری با ۲۹ پزشک ادامه یافته است. پزشکان همکار این دو مرکز از سال ۱۳۸۹ در مجموع ۸۹۲۶ بیمار را شناسایی نموده اند و ۸۸۷ بیمار را برای دریافت خدمات تخصصی به روانپزشک مرکز ارجاع داده اند. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهند که بیش از ۹۰ درصد بیماران از خدمات دریافتی رضایت دارند، و بیش از ۹۰ درصد بیماران از نظر پزشک معالج بهبودی کامل یا نسبی داشته اند.

پژوهشهای دیگر انجام شده، از امکانپذیری اجرا و رضایت بیماران حکایت دارد. همچنین، عوامل مؤثر بر قطع درمان و برتری عملکرد پزشکان عمومی همکار برنامه در مقایسه با گروه شاهد در این بررسی‌ها نشان داده شده است.

خدمات پس از ترخیص؛ ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی

دکتر محمد قدیری

روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان

در بیماران با اختلال شدید روانی مانند اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی عدم مصرف دارو و عود بیماری از رخدادهای معمول است و بیماران پس از ترخیص، خدمات درمانی بیمارستانی را ادامه نمی دهند و بستری مجدد در یکسال اول پس از ترخیص در این گونه بیماران تا ۵۰ درصد موارد گزارش شده است. در پنج دهه اخیر تغییرات بسیاری در ارایه خدمات بهداشت روان به سود ارایه خدمات مبتنی بر جامعه در سراسر جهان ایجاد شده است. در ایران نیز ادغام خدمات بهداشت روان در خدمات بهداشتی اولیه از حرکت های هدفمند و موفق در این جهت می باشد. اگرچه بازساخت ارایه خدمات بهداشت روان در مناطق روستایی همراه با موفقیت بوده است ولی در مناطق شهری همراه با کاستی های قابل توجهی از جمله فقدان پوشش مناسب و کیفیت پایین ارایه خدمات است. مطالعات نشان می دهد تداوم خدمات درمانی بصورت سرپایی می تواند همراه با کاهش عود و کاهش بستری مجدد باشد. از دیگر سودمندی های خدمات پس از ترخیص می توان به بهبودی وضعیت بالینی، افزایش پذیرش درمان و افزایش رضایتمندی در بیمار اشاره کرد. شواهد در کشورهای با درآمد بالا، متوسط و پایین نشان می دهد خدمات پس از ترخیص شامل ویزیت در منزل، پیگیری تلفنی، آموزش خانواده و نیز آموزش مهارت های اجتماعی بصورت یک بسته جامع خدمتی و یا بسته خدمتی جداگانه با کاهش عود و بستری مجدد همراه است. مطالعات انجام شده در کشورهای با درآمد بالا و نیز در ایران نشان میدهد با توجه به کاهش عود و کاهش بستری های مجدد بیماران با بیماری شدید روانپزشکی قیمت تمام شده ارایه خدمات مبتنی بر جامعه کمتر از خدمات معمول بیمارستانی است. اگرچه اثربخشی و نیز کاهش هزینه های ارایه خدمات پس از ترخیص (هزینه- اثربخشی) نشان داده شده است ولی یکی از نگرانی های مهم در ارایه خدمات مبتنی بر جامعه در کشورهای با درآمد پایین تداوم آن می باشد.



خدمات آموزش خانواده

دکتر یاسمن متقی پور

دانشیار بازنشسته دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که روش‌های مداخله در خانواده با هدف برقراری ارتباط با خانواده بیماران، آموزش و حمایت از آنان در کاهش میزان عود، دفعات بستری و همچنین میزان استرس و فشار روانی خانواده مؤثر است. این موضوع در کشور ما، که در مراحل اولیه برنامه‌ریزی برای خدمات روان‌پزشکی جامعه‌نگر و برنامه‌های پیگیری است، از اهمیت خاصی برخوردار است. از طرف دیگر، فقدان چنین برنامه‌هایی، مخصوصاً در ایران که اکثر بیماران با خانواده خود زندگی می‌کنند و با محدودیت تخت‌های بیمارستانی، فشار را بر روی خانواده بیشتر کرده است که نیازمند توجه و برنامه‌ریزی اصولی در سیستم خدمات بهداشت روانی کشور است. از سال ۱۳۸۳، به مدت ده سال جلسات دوساعته آموزشی برای خانواده بیماران بستری مبتلا به بیماری‌های شدید روان‌پزشکی در دو بخش روان‌پزشکی در تهران برگزار شد. جلسه آموزش شامل اطلاعات کلی درباره بیماری، درمان و پیگیری و چگونگی برخورد خانواده با بیماری بود. بیش از هزار خانواده از خانواده‌های بیماران بستری در دو مرکز در آن شرکت کرده‌اند. ارزیابی میزان فشار بر روی ۲۰۶ عضو خانواده بیماران با دو پرسشنامه تجربه مراقبت از بیمار **General Experience of Caregiving Inventory-ECI** و پرسشنامه سلامت عمومی **General Health Questionnaire-GHQ** نشان دهنده میزان بالا استرس و فشار بر خانواده بیماران در مقایسه با تحقیقات انجام شده در کشور های دیگر است. با توجه به نیاز ایجاد خدمات آموزش خانواده برای خانواده بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان پزشکی پس از تدوین برنامه جامع خدمات درمانی جامعه‌نگر در سال ۱۳۸۶ (وزارت بهداشت و آموزش پزشکی) کارگاه های آموزش خانواده جهت آموزش تیم های درمانی خدمات پس از ترخیص و پیگیری با مشارکت ۶۸ نفر از مراکز دانشگاه های علوم پزشکی شهر های مختلف کشور برگزار شد. تیم های درمانی شامل روانپزشک، پزشک عمومی، روان شناس و کاردرمان بودند که در کارگاه های دو روزه آموزش خانواده شرکت کردند.

برنامه آموزش خانواده شامل یک دوره آموزش شش جلسه ای می باشد. بر اساس تحقیقات انجام شده در ایران راهنمای اجرای برنامه آموزش خانواده همراه با فرم های آموزشی حاوی اطلاعات در مورد بیماری، درمان، ارتباط بیمار و خانواده، روش های پیشگیری از عود بیماری و حل مسئله تدوین شده است. جلسات نظارت بر آموزش تیم درمانی و جلسات یاد آوری برای خانواده بیماران نیز به تدریج اضافه شده اند.

اهمیت داده های موجود با توجه به عوامل فرهنگی بر اساس تحقیقات انجام شده در ایران، همراه با تداوم در آموزش و نظارت بر اجرای خدمات آموزش خانواده می تواند تضمین کننده ادامه مؤثر این خدمات به خانواده بیماران باشد.

تعیین کارآئی آموزش مهارت‌های زندگی اجتماعی و مستقل برای بیماران بستری مبتلا به اسکیزوفرنیا

دکتر اشرف نوری

عضو هیئت علمی دپارتمان کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

پیامدهای حاصل از بیماری اسکیزوفرنیا بر تمامی ابعاد زندگی بیمار تأثیر می‌گذارد. این افراد غالباً آمادگی و اطلاعات اندکی در انطباق با محیط و زندگی اجتماعی دارند و پس از ترخیص جهت باز ورود به جامعه با مشکلاتی مواجه هستند. در کشورهای توسعه یافته اشکال متفاوت خدمات و توانبخشی مبتنی بر جامعه پدید آمده است و همواره آموزش مهارت‌های زندگی/ اجتماعی برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا از اولویتهای درمانی محسوب شده است. اثبات اثربخشی هم افزایی آموزش مهارت های زندگی و دارو درمانی در موارد حاد در ایران مستلزم داده های بیشتری است.

در این پژوهش آموزش مهارت‌های زندگی براساس برنامه توانبخشی روانی UCLA انجام شده است. این برنامه ها تحت نظارت دکتر روبرت پل لیبرمن مدیر برنامه های بازتوانی روانی دانشکده پزشکی تدوین شده است. پودمان های آموزشی مورد استفاده شامل مدیریت علایم و دارودرمانی، مهارت‌های محاوره ای و اوقات فراغت است. این تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی است که بر روی ۷۸ بیمار بستری مبتلا به اسکیزوفرنی انجام شده است. اطلاعات لازم با استفاده از پرسشنامه های مقیاس مجموعه علائم مثبت و منفی، کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ارزیابی عملکرد کلی بیمار و رضایت بیمار از خدمات جمع آوری گردید. گروه مداخله به مدت سه ماه هفته ای دو بار به مدت دو ساعت تحت آموزش «مهارت‌های زندگی اجتماعی و مستقل» قرار گرفتند، درگروه کنترل بیماران خدمات کاردرمانی دریافت کردند.

یافته ها حاکی از آن است که برنامه آموزش مهارت های زندگی اجتماعی و مستقل بر عملکرد کلی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در گروه بیماران بستری تأثیر معناداری می‌گذارد. (۷/۴ درصد) و این اثر بخشی بر افزایش عملکرد کلی و کیفیت زندگی بیماران بعد از گذشت شش ماه ماندگار باقی ماند ($p < 0/05$)، اما برنامه آموزش مهارت های زندگی اجتماعی و مستقل بر علائم مثبت، علایم منفی و آسیب شناسی روانی بیماران بستری مبتلا به اسکیزوفرنیا تأثیر معناداری نگذارد ($p > 0/05$).

لازم به ذکر است برنامه آموزش مهارت های زندگی اجتماعی و مستقل بر سطح رضایت از خدمات بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در گروه بیماران بستری تأثیر معناداری داشت (۶/۶ درصد) و سبب بهبود سطح رضایت بیماران بستری مبتلا به اسکیزوفرنیا گردید و این اثر بخشی بر سطح رضایت بیماران از خدمات بعد از گذشت شش ماه ماندگار بوده است.



Global Mental Health – Out of the shadows

Dr. Julian Eaton

Senior Advisor, CBM; Lecturer, London School of Hygiene and Tropical Medicine

As global health developed as an increasingly rigorous science from the 1970s and '80s, mental health was largely left behind. This situation has been dramatically changed since the turn of the century, with mental health coming out of the shadows due to a number of factors. These include better measurement of the global burden of disease (which has shown mental health to cause more disability than almost all other conditions); recognition of the huge treatment gap for mental illness (90% in many countries); the huge economic cost of untreated illness among the workforce; proven efficacy of interventions in a number of different contexts; and the growing evidence for effective models of implementation. In this lecture, we explore the main themes of this implementation science, which have started to see a significant coverage of mental health services where there were previously none. Concepts like task shifting or sharing, collaborative care, and stepped care have joined the well-established drive for deinstitutionalisation, unchaining, and decentralisation. Global initiatives like the WHO's Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) have put resources into the reach of local professionals and activists. A significant increase in research and programme investment is starting to see a new generation of practitioners across the globe. There are now new departments of global mental health in Universities, Masters courses, short courses for leaders, and career opportunities in community mental health that did not exist even 10 years ago. The WHO Comprehensive Mental Health Action Plan (2013-2018) and the post-2015 Sustainable Development Goals offer new opportunities to reinforce the essential role mental health has in international development. The new science and practice of global mental health is being adopted in a huge diversity of contexts. Despite this, there are many common issues, and we are starting to learn how to achieve success by sharing experience across borders. The next challenge will be to take these successes to a greater scale so as to start to truly impact the treatment gap that remains.

مرور مطالعات همسرآزاری در ایران

دکتر مروئه وامقی

روانپزشک، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. m_vameghi@yahoo.com

هدف: پیشگیری و کنترل خشونت در خانواده و پیامدهای فردی و اجتماعی آن مستلزم شناخت درست از وضعیت، علل و نتایج آن است. در این مطالعه مروری تلاش شده است تا بر اساس نتایج پژوهش های مرتبط با خشونت خانگی در ایران علاوه بر شناخت وضعیت مطالعات و حوزه های تحقیق خشونت خانگی در ایران، تصویر مستندی از وضعیت خشونت خانگی و علل و پیامدهای آن در کشور ارائه گردد.

روش: به منظور دسترسی به مطالعات، مقالات فارسی نمایه شده مرتبط با شیوع، سبب شناسی، پیامدها و مداخلات خشونت علیه همسر در خانواده، در بانک های اطلاعاتی ایرانی شامل بانک های اطلاعات جهاد دانشگاهی، ماگیران، پورتال علوم انسانی و نورمگز با کلیدواژه های خشونت خانگی، خشونت خانوادگی، همسرآزاری و خشونت علیه زنان که در فاصله ی سال های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳ به چاپ رسیده بودند، جستجو شدند. اطلاعات مقالات جمع آوری شده، استخراج و طبقه بندی شدند.

یافته ها: در دوره ی زمانی مطالعه، ۱۹۶ مقاله به زبان فارسی جمع آوری شد. در حدود یک سوم مطالعات در تهران و بقیه در شهرهای مختلف استان های کشور انجام شده است. تنها یک مطالعه ملی در مراکز استان های همه ی کشور به انجام رسیده است. اغلب مطالعات مقطعی بوده و شیوع و عوامل مرتبط با خشونت خانگی را مورد بررسی قرار داده است. به لحاظ روش ۱۱ مطالعه کیفی، ۱۴ مطالعه مروری شامل یک مطالعه مرور نظام مند، ۶ مطالعه مداخله ای و ۱۶۵ مطالعه توصیفی و تحلیلی بوده اند. جمعیت هدف در حدود یک پنجم مطالعات زنان باردار یا خشونت در دوران بارداری بوده و یک مطالعه مروری شیوع و علل خشونت خانگی در بارداری را مورد بررسی قرار داده است. در ایران شیوع کلی خشونت نسبت به زنان در خانواده بر اساس نتایج مطالعات در تهران و شهرهای دیگر کشور طیف گسترده ای از ۱۷,۵ درصد تا ۹۴ درصد را شامل می شود. بالاترین فراوانی انواع آزار در کل و در جمعیت عمومی مربوط به آزار روانی و کمترین آن آزار اجتماعی بوده است. همچنین به نظر میرسد که تعامل مجموعه ای از عوامل فردی، موقعیتی، اجتماعی و فرهنگی در ایجاد خشونت نقش ایفا می کنند.

نتیجه گیری: مطالعات همسرآزاری در ایران عمدتاً به شیوع و سبب شناسی خشونت خانگی در سطح فردی و خانوادگی پرداخته اند. طیف گسترده شیوع خشونت در ایران میتواند عمدتاً نتیجه ی روش شناسی متنوع مطالعات از جمله تعاریف در حیطه های مختلف خشونت، جمعیت هدف مطالعات، ابزار جمع آوری اطلاعات و تنوع در شهرهای محل انجام مطالعات باشد.



عوامل تاثیرگذار بر خشونت خانگی علیه زنان در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی، مرور نظام مند و فراتحلیل

دکتر فرنوش داودی^۱، دکتر مریم رسولیان^۲، دکتر مسعود احمدزاداصل^۳، دکتر مرضیه نجومی^۴

۱. متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران davoudi.f@iums.ac.ir

۲. روانپزشک، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی - مرکز تحقیقات سلامت روان - دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران rasoulia.m@iums.ac.ir

۳. روانپزشک، گروه روانپزشکی جامعه نگر، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران. ahmadzad.m@iums.ac.ir

۴. متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران mnojomi@iums.ac.ir

پیش زمینه: خشونت خانگی علیه زنان با عوارض متعدد سلامت همراه بوده و بار زیادی را به فرد قربانی، خانواده و اجتماع تحمیل می‌کند. اگرچه این پدیده در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی از شیوع بالایی برخوردار است، اما عوامل تاثیرگذار بر آن بخوبی شناخته نشده‌اند.

هدف: هدف از انجام این مرور نظام مند و فراتحلیل، جمع بندی شواهد موجود در خصوص عوامل تاثیرگذار بر خشونت خانگی علیه زنان در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی بوده است.

منابع اطلاعات: جستجوی الکترونیک در پایگاه‌های اطلاعاتی و مجموعه مجلات Pubmed, EMBASE, ISI, PsycInfo, IMEMR, Ovid, Global health, Cochrane Library, IranMedex, SID, IranDoc, Science direct, Elsevier, Proquest and Magiran تا تاریخ ۳۰ دسامبر ۲۰۱۱، بدون اعمال محدودیت زبان، انجام شد. جستجوی دستی با استفاده از فهرست منابع مطالعات انتخاب شده، مستندات طرح «تدوین سند ملی مقابله با خشونت خانگی» و «پایگاه اطلاعاتی دبیرکل سازمان ملل متحد در خصوص خشونت علیه زنان» صورت گرفت.

انتخاب مطالعات: مطالعات کمی که جمعیت هدف آنها زنان غیر باردار با حداقل یکبار تجربه زندگی مشترک بوده، در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی اجرا شده؛ و به عوامل مستعد کننده یا محافظت کننده بروز خشونت خانگی علیه زنان در در هریک از سطوح چهارگانه مدل اکولوژیک پیشنهادی WHO پرداخته بودند، به شرط احراز حد نصاب کیفیت در ارزیابی نقادانه، انتخاب شدند.

روش ترکیب داده‌ها: جهت محاسبه نسبت شانس مشترک از مدل تصادفی استفاده شد. وجود

ناهمگونی با استفاده از آزمون Q کوکران و آماره I^2 بررسی شد. آزمون های Egger و Begg برای ارزیابی سوگیری انتشار مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج: سطح تحصیلات، نداشتن شغل، مشاهده خشونت خانگی (بین والدین) در دوران کودکی هریک از زوجین، سن پایین، سست اعتقادی مذهبی، اعتقاد به برتری مردان و سابقه خشونت/ تبعیض علیه دختران در خانواده پدری زنان، همراه با مصرف سیگار و سومصرف الکل/ مواد توسط شوهران، داشتن بیش از ۴ فرزند، اختلاف با خانواده شوهر، چند همسری و وضعیت اقتصادی خانوار به عنوان عوامل تاثیرگذار شناسایی شدند.

نتیجه گیری: عوامل موثر بر بروز خشونت خانگی علیه زنان در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی همخوانی قابل توجهی با یافته های مربوط به سایر کشورها/ مناطق دارد و تفاوت اصلی در ترتیب اهمیت (میزان اثر) عوامل می باشد. برای شناخت جامع عوامل موثر در سطح جامعه و عوامل اجتماعی موثر، به شواهد بیشتری نیاز است



والدین در مورد خشونت خانگی به کودکان خود چه باید بگویند؟

دکتر میترا حکیم شوشتری

روانپزشک اطفال، دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

برخی والدین ممکن است تمایلی به صحبت در مورد این که کودکانشان شاهد خشونت خانگی هستند، نداشته باشند. برخی دیگر ممکن است سعی کنند این واقعیت را که کودکان در معرض خشونت هستند، را کوچک بشمرند.

بسیاری از کودکانی که در معرض خشونت خانگی بوده اند نیاز دارند که در مورد آن صحبت کنند. آنها ممکن است در مورد اینکه چه اتفاقی افتاده و یا چرا اتفاق افتاده دچار سوء تفاهم شوند. آنها ممکن است خودشان، قربانی، پلیس، و یا قدرت های دیگر مداخله کننده را سرزنش کنند. آنها ممکن است تخیلاتی در مورد اینکه چگونه می توانند به خانواده خود کمک کنند، داشته باشند. کودکان ممکن است سکوت والدین را به عنوان علامتی برای سکوت خود و یا احساس شرمندگی در مورد آنچه که در خانواده شان اتفاق افتاده تعبیر کنند.

والدین اغلب در مورد اینکه چه مقدار اطلاعات خاص در مورد اتفاقاتی که در طول خشونت خانگی رخ داده است را باید با کودک در میان بگذارند، در چالش هستند. باید به این موضوع توجه داشت که اطلاعات به روشی قابل درک برای کودک ارائه شود. مقدار در میان گذاشتن جزئیات اغلب به سن و مرحله رشدی کودک وابسته است.

بهتر است با دادن پیام های صریح حمایت آمیز و یا از طریق پرسش از کودک در مورد مشاهدات، احساسات، و یا افکار در رابطه با آنچه که اتفاق افتاده است، شروع کرد.

باید از کودک پرسید که آیا سوالاتی دارد. کودکان وقتی به اندازه کافی اطلاعات دارند تا احساس امنیت و اطمینان کنند اغلب پرسیدن سوالات را متوقف می کنند. باید از دادن اطلاعات اضافی، بیش از نیاز یا خواسته آنها خودداری کرد.

برخی پیام های کلیدی برای کودکان عبارتند از:

رفتار آزارگر است صحیح نبوده، خشونت درست نیست. شخص آزار گر مسئول است، «تقصیر تو نیست. تقصیر من هم نیست» این درست است که او را دوست داشته باشی یا بخواهی با او زمانی را صرف کنی. این درست است که از آزارگر بترسی با نسبت به او عصبانی باشی. این درست است که از والد آزارگری که هنوز دوستش داری، عصبانی باشی.

هنگامی که ما در مورد خشونت با کودکان صحبت نمی کنیم، آنها فرضیاتی از خودشان می سازند و برخی نکات منفی را از تصوراتشان می آموزند. آثار انکار خشونت بر کودکان عبارتند از:

- کودک یاد می گیرد که خشونت طبیعی است
- کودک از صحبت کردن در مورد خشونت می ترسد
- کودک گیج شده و نمی تواند وقایع را درک کند
- باعث می شود کودک خود را مقصر بداند
- کودک می آموزد که انکار کند و در مورد احساساتش صحبت نکند
- منجر می شود که او احساس کند شبیه دیوانه هاست
- منجر به احساس تنهایی و جدایی از دوستانش می شود
- یاد می گیرد که سوال کردن و یا بحث کردن در مورد خشونت کار درستی نیست
- باعث می شود که باورهای غیر واقع بینانه در مورد علت خشونت پیدا کند
- مزایای صحبت کردن با کودکان در مورد خشونت عبارتند از:
- کودکان احساس امنیت می کنند.
- می فهمند که خشونت تقصیر آنها نیست.
- می آموزند که خشونت راه مناسبی برای حل مسائل نیست.
- به آنها کمک می کند که احساس کنند مراقبت شده و درک می شوند.
- کودکان یاد می گیرد که صحبت کردن در مورد احساساتشان کار درستی است



روند اعتیاد در ایران

دکتر آفرین رحیمی موقر

دانشیار روانپزشکی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران rahimia@tums.ac.ir

در دهه‌های گذشته، ماهیت مصرف مواد و اعتیاد و هم‌چنین روش‌های کنترل آن تغییراتی اساسی داشته است. از سال ۱۳۸۰ به بعد چند مطالعه ملی جمعیت عمومی و هم‌چنین استفاده از روش تخمین غیرمستقیم، ارقامی بین ۱/۲ و ۱/۵ میلیون نفر را برای وابستگان به مواد تخمین زدند. آخرین و جامع‌ترین اطلاعات مربوط به شیوع اختلالات مصرف مواد، مربوط به پیمایش ملی سلامت روان (IranMHS) می‌باشد که در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. این مطالعه که به روش مقطعی و خانه به خانه و بر جمعیت ۶۴-۱۵ ساله کشور انجام شد، شیوع اختلالات مصرف مواد و الکل را ۲/۸ درصد، یعنی معادل حدود ۱/۵ میلیون نفر به دست داد. بر اساس شواهد پراکنده موجود پیش‌بینی می‌شود که شیوع واقعی، حدود دو برابر میزان به دست آمده به روش مستقیم در یک مطالعه خانه به خانه باشد. در طول دو دهه گذشته، الگوی مصرف مواد از مصرف تریاک به سمت مواد پرخطرتر افیونی مانند هروئین و کراک آن و اضافه شدن مواد محرک، مانند متامفتامین و اکستازی پیش رفته است. علاوه بر این، در طول سال‌های گذشته به مصرف الکل و خطرات ناشی از آن نیز توجه بیشتری شده است. پیمایش ملی سلامت روان نشان داد که شیوع مصرف الکل در جمعیت عمومی نزدیک به شیوع مصرف مواد اپیوئیدی است. شواهد به دست آمده در طول یک دهه و تا سال ۱۳۸۶ حاکی از افزایش مصرف تزریقی مواد در میان معتادان بوده است. در سال ۱۳۸۶ تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی حدود ۲۷۰,۰۰۰ نفر برآورد شده بود. هم‌چنین، مصرف مواد در زنان افزایش داشته است، بخصوص افزایش مصرف مواد محرک در دختران و زنان جوان نگران‌کننده است. به طور کلی، اغلب شواهد حاکی از شدت و تنوع یافتن الگوی مصرف مواد در دو دهه گذشته می‌باشد. در طی این زمان، عوارض بهداشتی ناشی از مصرف مواد نیز رشد چشمگیری داشته است؛ به گونه‌ای که رفتارهای پرخطر همراه با مصرف مواد مهم‌ترین عامل رشد HIV/AIDS و هپاتیت C را به خود اختصاص داده است. اخیراً، اپیدمی جدید اچ‌آی‌وی نیز در همسران معتادان نیز گزارش شده است. پس‌یکوز ناشی از مصرف مواد محرک نیز از جمله مشکلات جدید بهداشت روان است که پرخاشگری و جنایات گزارش شده در نتیجه آن، توجه رسانه‌ها و عموم را به خود جلب کرده است.

تغییر در سیاست‌ها و برنامه‌های مقابله با مواد کشور در طول دو دهه گذشته عمدتاً مربوط به راه اندازی و توسعه چشمگیر خدمات درمان اعتیاد و کاهش آسیب‌های ناشی از اعتیاد بوده است، بخصوص توسعه برنامه درمان جایگزین مواد اپیوئیدی؛ به گونه‌ای که ۲ درصد از جمعیت مردان بالغ کشور تحت درمان جایگزین با متادون هستند. این امر، احتمالاً مهم‌ترین دلیل کنترل افزایش سریع آچ‌آی‌وی در این گروه را تشکیل می‌دهد. در دو دهه گذشته، پژوهش در امر اعتیاد نیز با سرعت قابل ملاحظه‌ای در کشور رو به افزایش بوده است و موجب افزایش دانش ما در این امر شده است؛ لیکن هنوز مطالعات طولی و مداخله‌ای بسیار ناچیزند.

آینده مسائل اجتماعی در ایران: ضرورت غلبه عاملان بر ساختارها برای آینده ای کم مسئله

دکتر سید حسین سراج زاده

دانشیار گروه جامعه شناسی دانشگاه خوارزمی. serajzadeh@khu.ac.ir

روندهای مربوط به تغییرات جراثم (سرقت، جرائم خشن، رشوه، اختلاس و ...)، کجروی ها (اعتیاد، روابط دو جنس، روابط والدین و فرزندان و ...) و مسائل اجتماعی (طلاق، ترافیک، مسائل محیط زیستی، اعتیاد و ...) در ایران و نیز رویدادهایی که گاه به گاه رخ می دهند و تبدیل به یک پدیده و مسئله اجتماعی می شوند، مثل واکنش اجتماعی گسترده به درگذشت یک خواننده جوان، همه حاکی از آن است که اولاً، جامعه ایران در دهه های اخیر یک جامعه پرمسئله بوده است؛ ثانیاً، شمار و میزان مسائل اجتماعی رو به افزایش بوده است؛ و ثالثاً، برخی از مسائل اجتماعی به مسائلی مزمن و ماندگار تبدیل شده اند.

همه اینها، می تواند این تصویر را ترسیم کند که جامعه ایران به نوعی ناتوانی نهادی در حل مسائل اجتماعی خود دچار شده است. به عبارت دیگر ساختارهای اجتماعی (شامل اقتصادی، فرهنگی و سیاسی) به گونه ای صورت بندی شده اند که مسئله زا هستند. در نتیجه، با آنکه کوشش زیادی از طرف کنش گران و عاملان اجتماعی، از جمله مدیران نهادهای عمومی و دولتی برای حل مسائل اجتماعی صورت گرفته است، عملاً توانایی غلبه بر ساختارها و تغییر آنها را نداشته اند و نتیجتاً، نه تنها از شمار و میزان مسائل اجتماعی کاسته نشده است بلکه افزایش یافته و حالت مزمن هم پیدا کرده است.

ترسیم آینده بر اساس روندهای گذشته و نیز شرایط ساختاری موجود، تصویر امیدوارکننده و رضایت بخشی به دست نمی دهد. با وجود این، عاملان و کنشگران در عین اینکه در درون ساختارهای اجتماعی عمل می کنند، سازندگان جهان اجتماعی خود و معنابخش و تعریف کننده رویدادهای پیرامونشان هم هستند. مسائل اجتماعی هم برساخته های اجتماعی هستند و با تغییر در نظام معنایی مردم دستخوش تغییر می شوند. از دیگر سو، جهان اجتماعی جهان سازمان یافته و در عین حال مشحون از تضاد و تعارض است.

برای کاهش مسائل اجتماعی در آینده، لازم استدر عاملان و کنشگران اجتماعی دگرگونی هایی رخ دهد تا خردمندانه و واقع گرایانه مسائل اجتماعی را تعریف کنند، دلایل و عوامل آنها را بشناسند، تضادها و تعارض هایی را که پیرامون آنها جریان دارد و نیز عدم تعادل هایی را که در اجزای نظام اجتماعی وجود دارند و زمینه ساز آنها هستند، بشناسند. این امر باعث می شود تا عاملان توانمند شوند و غلبه بر ساختارها و اصلاح آنها برای آنها ممکن گردد. برای کاهش مسائل اجتماعی، این یک ضرورت اجتناب ناپذیر است.

چکیده مقالات پژوهشی (سخنرانی) چهارمین همایش روانشناسی فرسنگی و اجتماعی

تهران، ۲۳ تا ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۶





بررسی بعدی از فرهنگ اقوام ایرانی: مطالعه مقایسه ای لالایی های سه قومیت ایرانی با استفاده از نظام نمره گذاری و تفسیر آزمون اندریافت موضوع (TAT)

الهام فیاض^۱، دکتر لیلی پناغی^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان- دانشگاه شهیدبهشتی.

fayyazelham@gmail.com

۲. متخصص پزشکی اجتماعی- استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی

هویت، از عمده ترین مفاهیم مطرح شده در تحقیقات روانشناسی است. بُعد فرهنگی هویت از طریق آموزه های فرهنگ غالب در فرد شکل گرفته و این آموزش، از ابتدای کودکی آغاز می شود. از آنجایی که بهترین مسیر شناخت روان انسان، شناخت کودکیهای اوست؛ در تلاش برای دست یافتن به شناختی کامل، در کنار بررسی جغرافیای مکان و زمان، بایستی گام به گام درون داده ای محیطی را در مسیر رشد بررسی کرد. در دوران کودکی، ادبیات در قالب ادبیات عامیانه بهترین و تأثیرگذارترین رسانه ی این میراث فرهنگی است. عنایت به این مهم که در هر منطقه از ایران زمین چه روایتی با چه عناصر و محتوایی به کودک ارائه می شود، در میان پژوهشهای روانشناسی، بسیار کم رنگ بوده است. این موضوع با توجه به تنوع قومیتی موجود در ایران اهمیت بیشتری مییابد. در این پژوهش، مؤلفه های روانشناختی لالایی ها در سه قومیت پرجمعیت ایرانی، ترک، کرد و فارس می باشد. جامعه ی پژوهش، تمامی لالایی های مکتوب سه قومیت مذکور در کتب و مقالات معتبر است. از طریق نمونه گیری هدفمند، تعداد ۲۰ لالایی از هر قومیت انتخاب شد. ابزار مورد استفاده، آزمون اندریافت موضوع و نظام نمره گذاری آن است. انتخاب منابع تحت نظارت سه ارزیاب ادبی صورت گرفته است. نمره گذاریها توسط پنج ارزیاب آموزش دیده و استفاده از بحث گروهی متمرکز انجام شده است. این بررسی با روش علی-مقایسه ای و داده ها با استفاده از آمار توصیفی و نیز آمار استنباطی با آزمونهای کروسکال-والیس و یو-مانویتنی تحلیل شده اند. نتایج حاکی از آن است که طبق لیست موری، سه قومیت مذکور در نیازهای: پرخاشگری، خودمختاری و شناخت محیط، با رتبه ی بالاتر در قوم کرد و نیاز به مهرورزی با رتبه ی بالاتر در قوم ترک تفاوت معنادار داشتند. در فشارهای: اکتساب، تکلیف و وظیفه، پیوندجویی، ارائه و بیان و شناخت با رتبه ی بالاتر در قوم کرد و ازدست دادن با رتبه ی بالاتر در قوم فارس، دارای تفاوت معنادار آماری بودند. الگوی کلی در اقوام مورد بررسی نشان می دهد که مهرورزی قهرمان لالایی ها به عنوان وظیفه از سوی محیط تلقی می شود. همچنین مجموع ویژگیهای قهرمانی که در لالایی های قوم کرد به کودک ارائه می شود بالاتر از مرحله ی رشدی کودک مخاطب لالایی است. قوم ترک مناسب ترین لالایی ها را با توجه به مرحله ی رشدی کودک داراست.

کلیدواژه ها: قومیت های ایرانی، لالایی، آزمون اندریافت موضوع

مقایسه استیگما (انگ اجتماعی) به بیماران روانی در میان اقلیت های قومی دانشگاه شیراز

محمد غضنفری

دانشجو کارشناسی ارشد انستیتو روانپزشکی تهران

مقدمه: گافمن (۲۰۰۹) استیگما را چنین تعریف کرد: شرایطی که حاکی از داغ زدگی باشد به گونه ای که فرد بنا به دلایل فیزیکی و روانی و یا ... متمایز شود و در حالت وصله ناجور بودن قرار گیرد. بیماری روانی مفهومی است که به شدت با فرهنگ گره خورده است. و در پی آن استیگما به بیماری های روانی به احتمال زیاد باید در فرهنگ های مختلف متفاوت باشد (کورینگان، فینگلس، ریو، ۲۰۰۷).

روش: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان اعم از زن و مرد کلیه رشته های دانشگاه شیراز، بود. تعداد ۱۵۵ نفر از دانشجویان (۸۴ نفر مرد و ۷۱ نفر زن) به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسشنامه دیدگاه اجتماع نسبت به بیمار روانی CAMI استفاده شد (تیلر و دیر، ۱۹۸۱). تجزیه و تحلیل داده ها توسط آزمون واریانس یک راهه انجام شد.

نتایج و بحث: نتایج به دست آمده نشان داد که تفاوت معناداری در میان اقلیت های قومی در هیچ یک از مقیاس ها وجود ندارد. یکی از دلایلی که در این پژوهش تفاوت معناداری در استیگما به بیماران روانی در اقلیت های قومی مشاهده نشد می تواند تأثیر ورود به دانشگاه در اعتقادات و تفکرات افراد باشد. به گونه ای که صرف نظر از پیشینه قومی و فرهنگی محیط دانشگاه و ارتباط صمیمی بین همسالان باعث می شود که افراد دیدگاه مشابه با بقیه را مورد پذیرش قرار دهند. از آنجا که دین و مذهب اکثر مردم ایران از جمله اقلیت های قومی اسلام و شیعه می باشد؛ از دلایل دیگری که هیچ تفاوت معناداری در استیگما به بیماران روانی در بین اقلیت های قومی و افراد با قومیت فارس مشاهده نشد می تواند تأثیر گذاری دیدگاه مذهبی مشترک بر دیدگاه افراد به بیماران روانی باشد.

واژگان کلیدی: استیگما، بیماری روانی، اقلیت های قومی ایرانی



بازتاب اختلال وسواسی - جبری (OCD) در رسانه های نوشتاری

دکتر ارسیا تقوا

روانپزشک

مقدمه: در علت شناسی اختلال شایع وسواسی - جبری (Obsessive Compulsive Disorder-OCD) مطالعه های مختلف اخیر بر نقش عوامل عینی و بیولوژیک تاکید داشته اند. جست و جو در مطالب ارایه شده در رسانه ها درباره ی اختلال وسواسی - جبری حکایت از تنوع دیدگاه ها دارد. در این مطالعه می کوشیم با جست و جو در مطالب ارایه شده توسط رسانه های نوشتاری فارسی با رهیافت ها و دیدگاه های ارایه شده توسط این رسانه ها پیرامون اختلال وسواسی - جبری آشنا شویم.

روش: در این مطالعه با جست و جو در سایت های فارسی و پورتال هایی هم چون Magiran مقالات و اخبار ارایه شده در مورد اختلال وسواسی - جبری که در نشریات غیر تخصصی یا عامه پسند چاپ شده بود، استخراج گردید. در صورت عدم دسترسی به نسخه ی الکترونیکی این مقاله ها، کوشیده شد از طریق آرشیوهای کتابخانه ها نسخه ی چاپی تهیه گردد. سپس آرا و دیدگاه های موجود در مورد علت شناسی و درمان اختلال وسواسی - جبری اخذ و به صورت کیفی مورد ارزیابی قرار می گیرد.

بحث: از بررسی بیش از صد گزارش، خبرویست مقاله که طی پنج سال اخیر به تبیین OCD برای عموم پرداخته اند نتایج زیر به دست آمد: در عمده نظرهای ارایه شده اعتقاد بر این است که وسواس اختلالی ارادی و خودخواسته است که کنترل آن در دست خود فرد است. بیشترین نظرات ارایه شده توسط کسانی است که تحصیلات غیرروانپزشکی دارند. در علت شناسی تاکیدها بر دلایلی غیرآکادمیک توجه دارند. در نوشتارهایی وسواس به عنوان وسوسه ای شیطانی، ناشی از گناه، اشتباه در درک احکام دینی و انحراف فکری شناخته شده است. بسیاری از این افراد جهت بهبود، درمان هایی ارایه می دهند که به سرعت پاسخ می دهند هم چون کنار گذاشتن ناگهانی وسواس و یا مواجهه با مرگ. در این میان درمان های دارویی نه تنها چندان جدی گرفته نشده است که بعضا توام با عوارض و بی فایده معرفی می گردد. گرچه برخی بر روان درمانی تاکید داشتند اما به انجام جدی، منظم و کلاسیک درمان های شناختی - رفتاری توجه نداشتند. به علاوه برخی نشانه های اختلال های دیگر از جمله اختلال شخصیت وسواسی - جبری OCPD رابه جای OCD ذکر نموده اند.

نتیجه گیری: گرچه مطالعه های مشابه در دنیا نشان می دهد که از سال ۱۹۹۴ عمده ی نظرات پیرامون اختلال وسواسی - جبری توسط متخصصین بهداشت و سلامت روان ارایه می شود، اما در ایران به نظر می رسد هنوز عمده ی دیدگاه های ارایه شده از طریق افرادی که تحصیلات آکادمیک در این زمینه ندارند به مردم ارایه می شود.

کلمات کلیدی: اختلال وسواسی - جبری (OCD)، رسانه، سلامت روان

تجربه زیسته بیماران اختلال خلق دوقطبی از داغ ننگ بیماری روانی

دکتر محمود کیوان آرا، دکتر مسعود کیانپور، مریم افشاری

بیماری اختلال خلق دو قطبی از جمله بیماری‌هایست که به دلیل ماهیت عودکننده و عواقب ناگواری که برای فرد در پی دارد، تبعات بسیاری را برای فرد و جامعه رقم زده و در دسته بیماری‌های با بار ناتوان کننده بسیار قرار می گیرد. بسیاری از مطالعات داغ ننگ بیماری روانی را از جمله دلایلی می دانند که بیمار را از شروع و ادامه درمان منصرف می کند.

پژوهش حاضر به واکاوی تجربه زیسته این بیماران از داغ ننگ بیماری پرداخته و برای پرده برداری از این تجربه و جزئیات آن رویکردی پدیدارشناسانه اتخاذ کرده است. اطلاعات طی مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۲۶ بیمار، مشاهده مشارکتی بخش یکی از بیمارستان های شهر اصفهان و همچنین مطالعه یادداشت های پرونده بیماران از شهریور ۹۲ تا اردیبهشت ۹۳ گردآوری شده اند. متون مصاحبه و یادداشت های میدانی پس از کدبندی به مقوله های «به چشم دیگری دیده شدن»، «رفتار شدن به مثابه دیگری»، «درک نشدن» ختم شده است. یافته های مطالعه حاضر با ارائه تصویری روشن از داغ ننگ نشان می دهد که داغ ننگ بیماری چگونه می تواند به عنوان مسئله ای جدی برای بیماران اختلال خلق دو قطبی مطرح باشد و آنها را از داشتن زندگی عادی محروم سازد. یکی از جنبه های منحصر به فرد این مطالعه، محدود شدن آن به تجربه یکی از انواع بیماری روانی از داغ ننگ است. این مطالعه به خصوص بر تم «درک نشدن» به عنوان تمی که وضعیت خاص این بیماران را در تجربه داغ ننگ نسبت به سایر انواع دیگر بیماری روانی نشان می دهد، تاکید می کند.

واژگان کلیدی: داغ ننگ، اختلال خلق دوقطبی، تجربه زیسته



عوامل مرتبط با نگرش والدین اطفال مبتلا به اختلالات روانی درخصوص سبب شناسی بیماری روانی کودکان خود؛ سالهای ۹۲ و ۱۳۹۱

میلاذ بازقلعه^۱، محمد رضا موقری^۲

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۲. کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

زمینه: دیدگاه ها و نگرش های برچسب زننده نسبت به بیماری های روانی در بسیاری از جوامع وجود دارد و مانعی بزرگ در انگیزه بیماران جهت اقدام به درمان می باشد. با توجه به اینکه نگرش مهم ترین و تاثیر گذارترین عامل در اقدام والدین به درمان مشکلات روانی فرزندان خود می باشد، این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با نگرش والدین اطفال مبتلا به اختلالات روانی درخصوص علت شناسی بیماری روانی کودکان خود انجام شد.

روش مطالعه: این مطالعه مقطعی در کلینیک های روانپزشکی اطفال وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. جامعه پژوهش کلیه والدین یا سرپرستان کودکان را تشکیل می دهند که برای اولین بار مراجعه کرده یا ارجاع شدند. حجم نمونه ۴۰۰ نفر و نمونه گیری به روش آسان (در دسترس) بود. ابزار گرد آوری داده ها، پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه سنجش نگرش والدین بود. جهت تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی با نرم افزار spss نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته ها: دراین بررسی مشخص شد که اکثریت (۸۳،۷۵ درصد) والدینی که برای مشکل فرزند خود به مرکز روانپزشکی اطفال مراجعه کرده اند نسبت به علل پیدایش اختلالات روانی کودکان خود نگرش خوبی داشتند. میان نگرش والدین با جنسیت اطفال، تعداد فرزندان، شغل و سطح تحصیلات پدر رابطه معنی دار وجود داشت ($p < 0.05$). اما چنین رابطه ای میان سطح تحصیلات و شغل مادر و سایر متغیرها دیده نشد.

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد والدین نگرش خوبی نسبت به اختلالات روانی کودکان خود دارند. با توجه به عوامل موثر بر نگرش والدین باید راه حل هایی جهت اصلاح عوامل موثر بر این مواردو بهبود نگرش والدین ارائه نمود.

کلمات کلیدی: نگرش والدین، علت شناسی، اختلالات روانی

عوامل مرتبط با نگرش والدین کودکان مبتلا به اختلالات روانپزشکی نسبت به نحوه درمان بیماری های روانی

میلاذ بازقلعه^۱، محمد رضا موقری^۲

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۲. کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

زمینه: تا کنون درباره نگرش والدین کودکان مبتلا با اختلالات روانی در کشور مطالعه ای انجام نشده است. با توجه به اینکه نگرش اثر گذارترین عامل در اقدام والدین به درمان مشکلات روانی فرزندانشان می باشد، این مطالعه با هدف «تعیین عوامل مرتبط بانگرش والدین کودکان مبتلا به اختلالات روانی نسبت به نحوه درمان بیماریهای روانی» انجام شده است.

روش مطالعه: این مطالعه مقطعی در کلینیک های تخصصی روانپزشکی کودکان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سالهای ۹۱-۹۲ انجام شده است. جامعه پژوهش ۴۰۰ نفر از والدین یا سرپرستان کودکانی که برای اولین بار مراجعه کرده و یا ارجاع شده بودند و به روش نمونه گیری آسان (در دسترس) انتخاب شدند. ابزار گرد اوری داده ها، پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه سنجش نگرش والدین بود. جهت تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته ها: اکثریت (۸۳ درصد) والدینی که برای مشکل فرزند خود به مرکز بهداشتی فوق تخصصی روانپزشکی اطفال مراجعه کرده اند، نسبت به نحوه درمان اختلالات روانی کودکان خود نگرش خوبی داشته اند. والدین کودکان دختر به طور معنی دار نگرش بهتری داشتند ($P=0.003$). بین نمره نگرش والدین و تعداد فرزندان ارتباط معکوس و معنی دار آماری وجود داشت ($p=0.038, r=-0.104$). بین نگرش والدین با شغل ($P=0.0014$) و سطح تحصیلات پدر کودکان رابطه معنی دار آماری وجود داشت ($p<0.001$). نگرش والدین نسبت به نحوه درمان روانی اطفال با سطح تحصیلات مادر کودکان مورد مطالعه آنها رابطه معنی دار آماری دارد ($P<0.001$). نتیجه گیری: با توجه به اینکه عوامل مختلفی در نگرش والدین کودکان مبتلا به اختلالات روانی موثر می باشد، لذا پیش بینی اقداماتی جهت خانواده های آسیب پذیر در این زمینه، در مراکز بهداشتی درمانی از اهمیت بالایی برخوردار است.

کلمات کلیدی: نگرش والدین، اختلالات روانپزشکی، درمان



تبیین دلایل والدین از چرایی ابتلای فرزندشان به اختلال هویت جنسی

دکتر شهره محسنی^۱، دکتر مهرداد افتخار^۲، دکتر رضا نگارنده^۳

۱. روانپزشک

۲. روانپزشک، دانشیار گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران
(نویسنده مسئول) mehrdad.eftekhara@gmail.com

۳. دکتری تخصصی پرستاری، دانشیار مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

هدف: پژوهش حاضر با هدف تبیین (explanation) دلایل (reasons) والدین از چرایی (whyness) ابتلای فرزندشان به اختلال هویت جنسی انجام شد.

روش: در این چکیده، بخشی از یافته های مطالعه «تجربه والدین افراد مبتلا به اختلال هویت جنسی مراجعه کننده به انستیتو روانپزشکی تهران در سال ۱۳۹۱ از هویت جنسی و تغییر جنسیت فرزندشان» ارائه شده است. پژوهش از نوع کیفی بود و با روش نمونه گیری در دسترس، با ۱۰ نفر از والدین افراد دچار اختلال هویت جنسی ارجاع شده به انستیتو روانپزشکی تهران در سال ۱۳۹۱، مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته انجام شد. مصاحبه ها پس از پیاده کردن و تایپ، با روش تحلیل محتوای استقرایی بررسی شدند.

یافته ها: مجموعاً ۱۱۶۸ کد استخراج گردید که از این تعداد، ۵۸ کد به دلایل والدین از چرایی ابتلای فرزندشان به اختلال هویت جنسی اشاره داشت و در نهایت در ۹ طبقه با عناوین «کسب درآمد جنسی»، «تأثیر کائنات»، «یادگیری»، «نقش مادر»، «مشیت یا مجازات الهی»، «رفاه خانواده»، «پسران بی کفایت»، «شوهر غایب یا بی کفایت [حامی مادر]» و «ساختار پرتنش خانوادگی» قرار گرفتند. دو طبقه دیگر، یعنی «آرزوی محقق نشده والد درباره جنسیت فرزند» و «تبعیض جنسیتی در خانواده»، مواردی بودند که به عنوان عوامل زمینه ساز (نه دلیل) ابتلای فرزند به اختلال هویت جنسی از سوی والدین بیان شدند.

نتیجه گیری: با اینکه در برخی مطالعات غربی مشابه، والدین هرگونه تفسیر روانشناختی در مورد اتیولوژی اختلال هویت جنسی فرزندشان را یا بطور کامل رد کرده یا اعتبار آن را زیر سوال می بردند و اعتقاد داشتند که اختلال هویت جنسی منشأ بیولوژیک دارد؛ تقریباً تمامی والدین شرکت کننده در پژوهش حاضر نظری معکوس داشته و نقش عوامل اجتماعی، فرهنگی، معنوی و متافیزیک را محتمل می دانستند.

کلید واژه ها: اختلال هویت جنسی، تبیین

تحلیل محتوای تصویری تصورات قالبی سالمندی

نسبیه زنجری

دانشجوی دکتری سلامت و رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
zanjari.nz@gmail.com

مقدمه: تصورات قالبی منفی از سالمندی، موضوعی است که می تواند سلامت آنان را تحت تاثیر قرار دهد. نهادینه شدن تصورات قالبی منفی جامعه در ادراک پیری سالمندان، محدودیت کنش را در پی داشته و مانع پرداختن سالمندان به رفتارهای ارتقای سلامت می شود. تصورات قالبی سنی بر روی حافظه، بیماری های قلبی - عروقی و حتی طول عمر تاثیر میگذارد. در ایران آمار و یا مطالعه ای در زمینه تصورات قالبی و انگ در مورد سالمندان وجود ندارد. یکی از روشهای بررسی این تصورات قالبی در فرهنگ عمومی، مطالعه محتوای رسانه و هنر است.

داده و روش: در این مطالعه کاریکاتور و کارتون های نمایشگاهی در تهران با موضوعیت سالمندان با توجه به برجسته کردن نمادهای انتقال پیام، به عنوان داده ای تصویری برای بررسی تصورات قالبی از سالمندان موجود در فرهنگ جامعه بررسی شده است. روش تحلیل تصویری مورد استفاده در این مطالعه، تحلیل محتوا است که چهار مرحله دارد؛ ابتدا انتخاب کاریکاتورهای مرتبط است که در این مطالعه ۸۴ کاریکاتور با موضوعیت سالمندی تحلیل شده است. مرحله دوم انتخاب طبقه بندی برای کدگذاری است که سه طبقه اصلی نگرش مثبت، نگرش منفی و نگرش خنثی نسبت به سالمندی در نظر گرفته شده است. مرحله سوم کدگذاری است که محتوای تصاویر کدگذاری شده و در مرحله آخر نیز تحلیل نهایی کدها صورت گرفته است.

بحث و نتیجه گیری: نتایج بررسی نشان می دهد که در ۶۰ مورد از کاریکاتورها نگرش منفی نسبت به سالمندی وجود دارد. در نگرش منفی سه درون مایه فرعی دیده می شود که شامل بی توجهی فرزندان به پدر و مادر، مرگ سالمند و بویژه بیماری و ناتوانی جسمانی سالمند است. ۱۴ مورد نگرش مثبت نسبت به سالمندی نشان می دهد. در طبقه بندی نگرش مثبت، کمال و تجربه سالمند، توانایی حفظ استقلال و صلح در دوران سالمندی از مفاهیمی است که به عنوان درون مایه های فرعی دیده می شود و درون مایه تجربه بیشترین نمود را داشته است. در ۱۰ مورد نگرش خنثی مشاهده شد، این موارد همراه بودن زن و شوهر در این دوران، مهم بودن فرزند و علاقه به خاطرات دوران کودکی را در بر می گیرد. تصورات قالبی موجود در فرهنگ و بازتولید آن در رسانه و هنر در طول زندگی قبل از دوران پیری در فرد نهادینه میشود. اما روی خود ادراکی فرد اثری نمیگذارد تا زمانی که به صورت رسمی یا غیر رسمی فرد سالمند خوانده شود، در این مرحله تصورات قالبی سنی به تصورات قالبی خودشان تبدیل میشود. استرس مستمر ناشی از تصورات قالبی منفی بر روی سیستم عصبی و سپس وضعیت جسمانی تاثیر گذار خواهد بود. از اینرو، اشاعه نگرشهای مثبت در جامعه و جلوگیری از بازتولید تصورات قالبی منفی، منجر به افزایش خودکارآمدی و رفتارهای ارتقای سلامت سالمندان می شود.

کلید واژه: تصورات قالبی، سالمندان، تحلیل محتوای تصویری، کاریکاتور، سلامت



ویژگیهای مردم ایران از نظر نوع‌شناسی شخصیتی یونگ

دکتر فرید فدائی

عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

آنچه به عنوان شخصیت بهنجار تلقی می‌شود و در نود درصد افراد جامعه وجود دارد یک‌دست نیست. یونگ روانپزشک معاصر سوییسی می‌گوید چهار کنش وجود دارد که ما به وسیله آنها موقعیت خویش را در جهان بیرون و جهان درون خود تعیین می‌کنیم. این چهار کنش عبارتند از: ۱) حس ۲) اندیشه ۳) عاطفه و ۴) شهود یا اشراق. بر این مبنا تا ۱۶ نوع شخصیتی توسط یونگ و پیروان او تعیین شده است که از جمله توسط نمایه مایر بریگز قابل سنجش است و از طریق این نمایه، افراد مناسب برای آموزش‌های گوناگون و مشاغل مختلف تا حدود زیادی قابل شناسایی هستند.

بالطبع انواع گوناگون نوع‌شناسی شخصیت در افراد یک ملت وجود دارد. اما این تمایل در ملل گوناگون وجود داشته است که خود یا مللی دیگر را با صفات رفتاری خاصی مورد اشاره قرار دهند و این تقسیم‌بندی رفتاری ملل گوناگون در طول تاریخ وجود داشته است و ضمن آنکه بازتاب روحیات ویژه ملتی است، در عین حال آن را نیز تغذیه و با خود همانند می‌سازد. برحسب پژوهش‌های دکتر یاماگوشی استاد و دانش‌آموخته مؤسسه روانشناسی تحلیلی یونگ در زوریخ، نوع شخصیتی معینی در هر ملت مسلط و برجسته است که تا حدود زیادی وابسته به شرایط تاریخی و جغرافیایی آن ملت است و بر چگونگی تعامل ملل گوناگون بر یکدیگر تأثیر می‌گذارد. بر مبنای مطالعات و با توجه به حضور چند روزه آقای دکتر یاماگوشی در تهران و تعامل با صاحب نظران در مورد نوع غالب شخصیتی مردم ایران، نوع درونگرایی اندیشه‌ورز مطرح گردید و به علاوه درباره دیدگاههای صاحب‌نظران دیگر کشورها در مورد نوع شخصیتی غالب آن کشورها نیز بحث شد که نتیجه مباحث و پژوهش‌ها در اصل مقاله به اطلاع خواهد رسید.

بهبودی بیماران و جامعه: از مفهوم تا عمل؛ نگاهی به چالش های آموزش ارایه دهندگان خدمات سلامت روان

دکتر مسعود احمدزاداصل

روانپزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

اختلالات روانپزشکی به دلیل ماهیت خود که سیستم رفتاری را درگیر می سازد، شاید بیش از سایر بیماری ها تاثیر عمیقی در اغلب حوزه های کارکرد انسان بخصوص کارکردهای اجتماعی، شناختی دارند و بیش از تاثیر بر عملکردهای فیزیولوژیک باعث ناتوانی بیمار می شوند. این بیماران نیاز به درمان و بازتوانی همه جانبه دارند و درمان با هدف هماهنگ ساختن بیمار و جامعه با همدیگر، استفاده از امکانات جامعه برای بهبودی، در کنار درمان در بستر جامعه (در مقابل درمان دور از جامعه) اساس مداخلات برای بهبود مبتلایان را تشکیل می دهد. انجام و تحقق این مهم نیاز به ارایه گستره وسیعی از خدمات شامل درمان های بیولوژیک، روانشناختی، گفتار درمانی، کاردرمانی و ... و نیز حمایت های اجتماعی وسیع می باشد. لازم است تا این طیف وسیع خدمات در کنار هم به صورت جامع، ادغام یافته و مشارکتی و توسط تیم و گروهی از ارایه دهندگان صورت گیرد. این تیم در مدل های اولیه شامل روانپزشکان و پزشکان خانواده، روانشناسان، پرستاران (در بخش های بستری و بالینی)، گفتار درمانگران، کاردرمانگران و بویژه مددکاران می باشد و در طیف وسیع تر می تواند شامل جلب همکاری سایر مراقبین سلامت و کنشگران اجتماعی نیز باشد. برای اینکه بتوانیم نظام جامع، پایدار و پویای ارایه خدمات سلامت روان در جامعه را به نیازمندان داشته باشیم در کنار ملزومات دیگر، نیاز به وجود تیم ارایه دهنده خدمات می باشد که دارای وظایف و نقش های مشخصی و مورد توافق می باشند و نیز در طی دوره آموزشی خود این نوع کار تیمی را آموخته باشند، تجربه کرده باشند و آمادگی کامل برای ارایه این نوع خدمات را از نظر دانش، نگرش و مهارت داشته باشند. نگاهی کوتاه به برنامه های آموزشی این گروه های مورد اشاره در دانشگاه های کشور مشخص می سازد که در حال حاضر و در اغلب موارد تربیت اعضای تیم مورد اشاره بصورت جداگانه و در محیط هایی جدا از سایر اعضای تیم صورت می گیرد و نیز تجربه های جدید موجود بصورت انجام کار تیمی محدود در دوره کوتاهی از کل دوره آموزشی می باشد. در این مقاله با بررسی کوریکولوم های آموزشی فعلی اعضای مفروض تیم ارایه خدمات سلامت روان، بررسی تجارب عملی و چهارچوب های مفهومی موجود، سعی خواهد شد که الگویی مفهومی در کنار دورنمایی از عملی سازی آن برای تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای ارایه خدمات جامع، ادغام یافته و مشارکتی به بیماران در جامعه ارایه شود.

کلمات کلیدی: اختلالات روانپزشکی، درمان جامعه نگر، تیم سلامت روان، آموزش



برنامه بهداشت روان شهری (Urban Mental Health)، مبتنی بر طرح پزشک خانواده

دکتر سید کاظم ملکوتی

مقدمه: متعاقب اجرای پایلوت طرح پزشک خانواده شهری و سیستم ارجاعی در سه استان کشور و تصمیم وزارت بهداشت و درمان مبنی بر گسترش آن به کل کشور، با توجه به نقش اساسی ای که برای پزشکان عمومی در ارائه خدمات در زمینه بهداشت روان به جامعه در نظر گرفته شده است، بنا بر سفارش وزارت بهداشت و درمان برنامه بهداشت روان شهری توسط این تیم تهیه گردیده است که شامل موارد ذیل می باشد: آنالیزهای آماری، وظایف پزشک عمومی، خدمات بهداشتی روان، خدمات بستری، خدمات ویزیت در منزل، مراکز روزانه نگهداری و توانبخشی، خدمات اسکان، حمایت های حقوقی، نظارت و ارزیابی و ثبت اطلاعات. طرح قبل از نهایی و اجرایی شدن در اختیار متخصصین قرار گرفته و از نظرات ایشان استفاده شده است.

روش: این برنامه بر اساس گایدلاین های سازمان بهداشت جهانی، چهارچوب خدمات پزشک عمومی در سطح اولیه مراقبت های بهداشتی، سیاست های طرح پزشک خانواده شهری، توانایی های در حال حاضر سازمان های مختلف در ارائه خدمات بهداشتی روان نگاشته شده و مطالعه تجربیات سایر کشورها، بازبینی های نظام مند (Systematic Review) و کارآزمایی های بالینی موجود تهیه شده و همچنین از هم اندیشی با متخصصین بهداشت روان بین المللی، متخصصین داخلی و مسئولین وقت سازمان بهزیستی بهره گرفته شده است.

نتایج: بر اساس نتایج حاصله، طرح جامعی طراحی شده است که اجزای مختلف سیستم ارائه خدمات بهداشت روان را اعم از سطوح مختلف همراه با وظایف آنها، شامل نهاد های دولتی و مراکز خصوصی، شامل شده و ارتباطات و نحوه همکاری (Collaboration) آنها با یکدیگر را ترسیم می کند. منتجات طرح فوق طی جلسه ای در ماه اردیبهشت ۱۳۹۱، در اختیار مسئولین وزارت خانه و دانشگاه های علوم پزشکی کاشان و چهارمحال و بختیاری، به عنوان استان های پایلوت اجرای طرح قرار گرفته است.

بحث: با اجرای طرح در استان های فوق و ثبت دقیق داده ها، بازخورد ها، و توانمندی ها و ناتوانی های طرح در پاسخگویی به نیاز های جامعه، بعنوان گام بعدی می بایست طرح برای اجرا در سطح ملی بازبینی شده و اجرایی گردد.

کلمات کلیدی: برنامه، بهداشت روان شهری، پزشکان عمومی، پزشک خانواده شهری

این طرح به سرپرستی دکتر سید کاظم ملکوتی و با همکاری دکتر حمید طاهرخانی، دکتر میترا خلف بیگی، دکتر محسن صابری، دکتر مازیار مرادی، دکتر امیرعباس کشاورز اخلاقی، دکتر سید محمد آل داوود و دکتر جعفر عطاری مقدم و سایر همکاران به مرحله اجرا در آمده است.

بررسی میزان هزینه اختلال دو قطبی نوع یک و عوامل مرتبط با آن طی یکسال

پیگیری بیماران بستری در مرکز آموزشی درمانی روان پزشکی ایران

دکتر شهاب علی شیرخدا

روانپزشک

مقدمه: یکی از دلایل مهم قطع درمان بیماری دوقطبی نوع یک و عدم ادامه آن مخارج ناشی از درمان است که با توجه به این که در ایران تاکنون مطالعه ای جهت سنجش هزینه بخش های مختلف هزینه بر بیماری انجام نشده، امکان برنامه ریزی و پیش بینی مناسب جهت کاهش هزینه ها وجود ندارد و از طرفی جدا از مشکلاتی که خود بیماری برای مراجعین و خانواده های آنها دارد، هزینه های بیماری بار دوجندان برای این افراد و خانواده هایشان ایجاد می کند. هدف این پژوهش راهگشایی عملی برای برنامه های پیشگیرانه و کاهش بار مالی تحمیل شده بر بیماران و همچنین نظام سلامت کشور است. روش اجرا: توسط مصاحبه با بیماران بستری تعداد ۶۰ نفر بیمار دوقطبی نوع یک، نوع اپیزود و شدت آن، سایکوتیک بودن یا نبودن، تعداد جلسات دریافت الکتروشوک، داروهای مصرفی، آزمایشات درخواستی و تعداد روز بستری طی آن اپیزود بستری، استخراج گردید و اطلاعات دموگرافیک ثبت شد. وضعیت فعلی شدت دوره مانیا توسط Y-MRS (مقیاس اندازه گیری شدت مانیا یا نگ) تعیین گردید و در پایان بستری از طریق پرسشنامه غربالگری بهره مندی از خدمات بهداشت روان (قسمت مربوط به بستری) هزینه های مختلفی را که بیمار متحمل شده استخراج گردید و ثبت شد و سپس در طول یک سال به شکل آینده نگر هزینه مراجعات سرپایی بیماران از طریق پرسشنامه غربالگری بهره مندی از خدمات بهداشت روان (قسمت مربوط به هزینه سرپایی) استخراج و ثبت گردید و همچنین ارتباط هزینه ها با سن، جنس، داشتن سایکوز و دریافت الکتروشوک نیز سنجیده شد. نتایج: نتایج نشان داد که جهت بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک میانه کل هزینه ها (مجموع سرپایی و بستری) طی یکسال به قرار زیر است: میانه کل هزینه ها (مجموع سرپایی و بستری) ۲۱۰۳۰۲۹۰ ریال است که از این مجموع، میانه کل هزینه ویزیت پزشکان ۵۳۴۷۸۵۰ ریال، میانه کل هزینه آزمایشات انجام شده ۵۶۴۶۰۰ ریال، میانه کل هزینه الکتروشوک انجام شده ۰ ریال و میانه کل هزینه داروهای مصرفی ۲۹۰۲۵۰۰ بوده است که می توان ترتیب کلی هزینه های بیمار دوقطبی نوع یک را از بیشترین به کمترین به شکل ذیل بیان نمود. هزینه ویزیت پزشکان، هزینه داروهای مصرفی، هزینه آزمایشات و هزینه انجام الکتروشوک. در مورد سنجش هزینه های بستری و سرپایی به طور مجزا نتایج زیر قابل بیان است: بیشترین هزینه سرپایی مربوط به هزینه داروهای مصرفی و کمترین هزینه مربوط به هزینه الکتروشوک می باشد. بیشترین هزینه بستری مربوط به هزینه ویزیت پزشکان و کمترین هزینه مربوط به هزینه الکتروشوک می باشد. همچنین از مابین چهار آیمتی (سن، جنس، داشتن سایکوز و دریافت الکتروشوک) که ارتباط آنها با هزینه کل سنجیده شد فقط داشتن سایکوز به شکل ضعیفی با افزایش هزینه ها معنی دار شد (Pvalue:0.049). بحث و نتیجه گیری: طبق بررسی ها و ارزیابی مطالعات هزینه مستقیم سالانه اختلال دو قطبی نوع یک مابین ۵ درصد الی ۹۰ درصد درآمد سالانه یک خانوار در اروپا و ایالات متحده را شامل



می شود که این موضوع در مطالعه ما با توجه به درآمد متوسط سالانه یک خانوار ایرانی در سال ۹۱ در صورت استفاده از بیمه ۲/۵ درصد و در صورت عدم استفاده از بیمه حدود ۱۰ درصد درآمد خانوار را شامل می شود. بسیار مهم است جهت کم کردن هزینه ها که نقش بسیار بسزایی در ادامه درمان بیماران و کم کردن بار بیماری از دوش مریض و خانواده وی دارد بتوان روی قسمت های هزینه بر بیماری (هزینه هتلینگ بیمارستان، ویزیت پزشکان، داروهای مصرفی) برنامه ریزی کرد.

کلید واژگان: اختلال دوقطبی نوع یک، هزینه بستری، هزینه سرپایی

بررسی اثربخشی شیوه مدیریت مورد یکپارچه^۱ بر بار مراقبت در مراقبان خانگی بیماران دارای اختلالات روانی مزمن در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی

مریم ذبیحی پورسعادت^۱، دکتر مصطفی اقلیما^۲، دکتر غنچه راهب^۳، دکتر ربابه مزینانی^۴، دکتر مهدی رهگذر^۵

۱. کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
m_zabihi_2005@yahoo.com

۲. استادیار گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳. استادیار گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴. دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۵. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه: با شیوع روزافزون بیماری‌های روانی و تغییر نظام سلامت به سوی موسسه‌زدایی و درمان‌های مبتنی بر اجتماع، بار مراقبت از بیماران روانی بیش از پیش بر دوش خانواده‌های آنان است. این بار هزینه‌های مادی، عاطفی و هیجانی بسیاری را برای خانواده‌ها در پی دارد و چنانچه این امر مورد توجه متخصصان قرار نگیرد، می‌تواند سبب بروز بیماری‌های جسمی و روانی در مراقبان گردد. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی شیوه مدیریت مورد بر کاهش بار مراقبان خانگی بیماران روانی مزمن بود. روش: این مطالعه از نوع مطالعات آزمایشی با گروه آزمون و شاهد بوده که بر روی ۷۰ نفر از مراقبین بیماران روانی مزمن بستری در مرکز روانپزشکی رازی انجام شد. نمونه‌های پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه آزمون (۳۵ نفر) و شاهد (۳۵) تقسیم شدند که در نهایت ۶۴ نفر طرح مداخله را به پایان رساندند. گروه آزمون مورد مداخله ۶ ماهه مدیریت مورد به شیوه یکپارچه قرار گرفت. پرسش‌نامه‌های دموگرافیک بیمار و مراقب و فشار مراقب (FBIS) در زمان بدو ورود، ۲ ماه و ۶ ماه پس از شروع مداخله تکمیل گردید. داده‌ها بوسیله نرم افزار SPSS و با روش‌های آماری خی دو، یومان ویتنی و تحلیل واریانس مکرر مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج: نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که در مراحل دو ماه پس از شروع مداخله و پایان مداخله، میانگین نمرات بار کلی مراقبت در مراقبان خانگی بیماران دارای اختلالات روانی مزمن در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد به طور معنی‌داری کاهش یافت. این الگوی مداخله در ابعاد بار عینی ($P=0/000$) و بار ذهنی ($P=0/000$) نیز معنادار بوده که به معنی ارتقای سطح این ابعاد پس از مداخله در گروه آزمون می‌باشد. بحث: مراقبت از بیماران دارای اختلالات روانی مزمن در خانواده فشار زیادی را به مراقب اصلی وارد می‌کند. ارزیابی کامل و جامع بیمار و خانواده در حین پذیرش، آماده سازی بیمار و مراقب زمان ترخیص، طرح ریزی برنامه ترخیص و انجام مراقبت‌های مستمر پس از درمان در قالب طرح مدیریت مورد یکپارچه می‌تواند منجر به کاهش بار عینی و ذهنی مراقبت در خانواده‌های دارای عضو مبتلا به اختلالات روانی مزمن گردد.

کلید واژه: بار مراقبت، مدیریت مورد یکپارچه، اختلالات روانی مزمن

1. Integrated Case Management



بررسی هزینه‌های مالی مستقیم بیماران بستری شده به سبب عوارض ناشی از مصرف متامفتامین در بیمارستان روانپزشکی ایران، در سال ۱۳۹۲

دکتر کاوه علوی، دکتر سپیده صادقی، دکتر محمد قدیری وصفی

سابقه و هدف: سوء مصرف متامفتامین و وابستگی به آن در کشور ما در حال گسترش است. متأسفانه هرگونه مصرف متامفتامین، حتی بدون آنکه معیارهای سوء مصرف یا وابستگی را داشته باشد، ممکن است به بروز عوارض جدی و تهدیدکننده‌ای مانند اختلالات خلقی و سایکوتیک منجر شود و در بسیاری از موارد لازم است بیمار مدتی در بیمارستان بستری شود. متأسفانه هنوز هزینه خدمات لازم برای بهبود این بیماران مشخص نیست. هدف این مطالعه تعیین هزینه‌های مستقیم ناشی از بستری بیمارانی است که به سبب بروز هرگونه عوارض ناشی از مصرف متامفتامین در طول سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۳ در مرکز روانپزشکی ایران بستری شده بودند. روش: از بین بیماران، تعداد ۲۰۱ بیمار (۱۸۵ مرد و ۱۶ زن)، با میانگین سن $(SD \pm) 34/6 \pm 9/0$ سال، به طور تصادفی انتخاب شدند و هزینه‌های مدت بستری آنها به تفکیک هر نوع هزینه ثبت شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی بررسی شدند و مقایسه‌های آماری با استفاده از آزمون‌های غیرپارامتری صورت گرفت. یافته‌ها: متوسط هزینه کل بیماران بیش از دو میلیون و ۳۰ هزار تومان بود (صدک ۲۵: یک میلیون و ۳۰۰ هزار تومان؛ میانه: یک میلیون و ۹۶۰ هزار تومان؛ صدک ۷۵: ۲ میلیون و ۷۶۰ هزار تومان؛ حداکثر: ۴ میلیون و ۷۷۰ هزار تومان). به طور متوسط، هر بیمار ۲۱۰ هزار تومان از این هزینه را به طور شخصی پرداخت کرده بود و و حدود یک میلیون و ۸۲۰ هزار تومان هم توسط سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت شده بود. بیشترین بخش هزینه‌ها به تخت (میانگین حدود یک میلیون و ۳۲۰ هزار تومان)، پزشک (میانگین حدود ۳۸۱ هزار تومان) و هیأت علمی (میانگین حدود ۸۲۰ هزار تومان) اختصاص داشت. هزینه کل بیماران به سن، جنسیت و سایر خصوصیات زمینه‌ای، مدت مصرف و سابقه بستری روانپزشکی قبلی ارتباط نداشت ($p > 0/05$). نتیجه‌گیری: با توجه به تعداد روزافزون بستری‌های روانپزشکی ناشی از مصرف متامفتامین و بار مالی قابل توجهی که به بیماران و خانواده آنها و نیز سازمان‌های بیمه‌گر و دولت تحمیل می‌شود، لازم است تلاش برای کاهش این هزینه‌ها مورد توجه ویژه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: هزینه‌های مالی، بستری روانپزشکی، متامفتامین، اعتیاد

تاثیر برنامه بازورود به جامعه بر عملکرد کلی بیماران اسکیزوفرنیا

سولماز محمدزاده ننه کران^۱، اشرف کربلائی نوری^۲، دکتر سید علی حسینی^۳، سارا افشار^۴،
مرجان فرضی^۵

۱. کارشناس ارشد کاردرمانی، عضو هیات علمی دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲. دانشجوی دکترای کاردرمانی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران
۳. دکترای تخصصی کاردرمانی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران (نویسنده مسئول)
۴. کارشناس ارشد کاردرمانی، عضو مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی-اسکلتی، دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
۵. کارشناسی ارشد، گروه روان سنجی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر «برنامه بازورود به جامعه» بر عملکرد کلی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شده است. روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی که نمونه گیری به روش در دسترس بوده، ۲۴ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا بر اساس معیار های ورود به مطالعه انتخاب شدند و در دو گروه مداخله (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه «مقیاس ارزیابی عملکرد کلی» و با روش مصاحبه جمع آوری گردید. گروه مداخله تحت آموزش عملی و نظری «برنامه بازورود به جامعه» قرار گرفتند و در انتها نیز کتابچه آموزشی ارائه شد. برنامه شامل ۱۶ جلسه آموزشی بود که به صورت یک روز در میان و ۳ بار در هفته اجرا شد. برای بیماران گروه کنترل، در طول اجرای برنامه هیچ برنامه آموزشی خاصی ارائه نشد. یافته ها: یافته ها بیانگر این است که عملکرد کلی (شامل عملکرد روانی، شغلی و تحصیلی) بیماران اسکیزوفرنیای گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، پس از ۱۶ جلسه برنامه بازورود به جامعه اختلاف معناداری نشان داد ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش برنامه بازورود به جامعه سبب تغییر عملکرد کلی بیماران اسکیزوفرنیا می شود.

کلید واژه ها: اسکیزوفرنیا، برنامه بازورود به جامعه، عملکرد کلی (عملکرد روانی، شغلی و تحصیلی)



آیا برنامه بازگشت به اجتماع در کاهش عود، و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا موثر است؟

دکتر فاطمه هادی^۱، دکتر مجتبی ارحام صدر^۲، دکتر مرتضی ناصر بخت^۳، دکتر سید وحید شریعت^۴

۱. دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران (نویسنده مسئول)

۲. روانپزشک

۳. استادیار پزشکی اجتماعی مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۴. دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه: نیاز به برنامه‌های بازتوانی که بتواند از عود اسکیزوفرنیا جلوگیری کند و کیفیت زندگی بیماران را ارتقاء دهد، از دیرباز مورد توجه بوده است. یکی از برنامه‌های بازتوانی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که در چندین کشور جهان ارزیابی و کارایی نسبی آن نشان داده شده است، برنامه بازگشت به اجتماع (CRP) است. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی لازم است این برنامه در کشورهای مختلف اجرا و اثربخشی آن نشان داده شود. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی این برنامه برای جلوگیری از عود و افزایش پذیرش دارویی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و تغییر کیفیت زندگی آنان در ایران طراحی شده است. روش اجرا: مطالعه به شیوه کارآزمایی بالینی شاهددار با نمونه گیری تصادفی شده، انجام شد. ۴۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا (۲۰ نفر در گروه مورد و ۲۰ نفر در گروه شاهد) که در طی دوره یک ساله از شهریور ۱۳۹۰ تا شهریور ۱۳۹۱ در بیمارستان روانپزشکی ایران بستری بودند، وارد مطالعه شدند. در بدو ورود به مطالعه پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی WQOL-BREF، پرسشنامه بررسی پذیرش دارویی و پرسشنامه ارزیابی علائم سایکوتیک (PANSS) تکمیل گردید. سپس برای گروه مورد، مداخله CRM (برنامه تعدیل شده CRP در ایران) و برای گروه شاهد، آموزش گروهی در مورد بیماری انجام شد. بیماران در فواصل ۱، ۳ و ۶ ماه پس از ترخیص، مجدداً مورد ارزیابی‌های ابتدایی مطالعه قرار گرفتند. نتایج: دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک از قبیل سن و جنس، وضعیت تاهل، وضعیت شغلی و سن شروع بیماری با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند. در پیگیری عود بیماری در ماه سوم و ماه ششم، درصد فراوانی عود در هر دو گروه کاهش و شیبی نزولی داشت و این کاهش در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بود ولی تفاوت معناداری بین دو گروه دیده نشد. ضمن اینکه علائم سایکوتیک در پیگیریهای اولیه در هر دو گروه کاهش داشت ولی در طول مطالعه تفاوتی در روند علائم سایکوتیک و شاخص کیفیت زندگی بین دو گروه وجود نداشت ($ANOVA=0.84, P>0.05$). نتیجه گیری: به نظر می‌رسد هر برنامه بازتوانی اجتماعی بتواند در روند کاهش عود و افزایش پذیرش دارویی بیماران موثر باشد. عدم تفاوت معنی دار بین گروه مداخله و گروه شاهد میتواند به دلیل عدم پیگیری طولانیتر از یک سال و کم بودن حجم نمونه باشد. اضافه کردن ارزیابی نگرش خانواده‌ها و آموزش خانواده و آموزشهای مهارت‌های اجتماعی می‌تواند در میزان افزایش رعایت درمان تاثیرگذار باشد که برای مطالعات آینده پیشنهاد می‌گردند. کلمات کلیدی: برنامه بازگشت به اجتماع، کیفیت زندگی، بازتوانی اجتماعی، اسکیزوفرنیا

بررسی عوامل اجتماعی انگ بیماری روانی بر نوجوانان مبتلا به اختلال روانی

دکتر مهناز فلاحي خشت مسجدي

دکترای روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بیمارستان شفا رشت.

mahnaz.fallahi@gmail.com

مقدمه: برچسب زدن اصطلاح «روانی» به کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات روانی منجر به انزوای آنان از جامعه می شود. اطلاعات بسیار کمی در باره تاثیر انگ روانی بر این نوجوانان در ایران وجود دارد بنابراین هدف از این مطالعه بررسی عوامل اجتماعی استیگمای روانی بر روی نوجوانانی است که تشخیص اختلال روانی دریافت کردند. روش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی- مقطعی با استفاده از روش نمونه گیری آسان مبتنی بر هدف بوده است. داده ها با استفاده از سوالات بعد برچسب پرسشنامه تجربه مراقبت از بیمار (ECI) جمع آوری و ۱۱۳ نوجوان مبتلا به اختلالات روانی با یا بدون سابقه بستری در بیمارستان اعصاب و روان به آن پاسخ دادند. یافته ها: نتایج این پژوهش نشان داد که بین انگ بیماری روانی با تشخیص اسکیزوفرنی، اختلال خلقی، سایکوز ناشی از مواد و وسواس در سطح ۰/۰۰۱ رابطه معنی دار اما بین افسردگی، اضطراب و بیش فعالی این رابطه معنی دار نبوده است. این بررسی نشان داده که اگر یک نوجوان مبتلا به اختلال روانی در روند درمان خود یک دوست به همراه داشته باشد تحمل تهدید کلیشه انگ بیماری به کمترین میزان فشار خود خواهد رسید. بین نگرانی نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلال خلقی، سایکوز ناشی از مواد و افسردگی از برچسب بیماری روانی به خانواده هایشان در سطح ۰/۰۰۱ رابطه معنی داری بود. رابطه بین انگ بیماری روانی با نوع درمان (سرپایی- حداقل یکبار بستری- سابقه بیش از یکبار بستری) در بیماران سایکوز در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار بوده اما بین نوجوانان افسرده، مضطرب، وسواسی و بیش فعالی رابطه معناداری مشاهده نشد. همچنین تفاوت معنی داری بین جنسیت (دختران و پسران مبتلا به اختلال روانی) از نظر نگرانی دریافت انگ روانی وجود نداشته و بنظر میرسد که هر دو جنس به یک میزان از این انگ بیماری رنج می برند. نتیجه گیری: عواملی مانند پایین بودن سطح آگاهی جامعه ایرانی نسبت به علائم بیماریهای روانی و ترس از برچسب بیماری به خانواده منجر می گردد تا فاصله بین شروع اولین علائم بیماری تا درمان را افزایش یافته و خانواده ها از داشتن یک عضو بیمار در خانه خود احساس شرم کنند. برچسب بیماری روانی می تواند برای نوجوان تهدید کننده بوده و منجر گردد که نوجوانان با گروه های ناهمگون کوچک اجتماعی که اکثرا شامل افرادی با سابقه ی سوء رفتار هستند احساس نزدیکی کرده و میزان جرم و جنایت در این گروه از بیماران افزایش یابد.

کلمات کلیدی: انگ، نوجوانان، سایکوز، بستری شدن در بیمارستان روانی



بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و افسردگی، مطالعه موردی شهروندان شهر تهران

هدا یاقوتی

کارشناس ارشد پژوهش علوم اجتماعی دانشگاه شهید بهشتی

hoda.yaghouti@yahoo.com

سرمایه اجتماعی با سلامتی و بیماری فرد ارتباط دارد. این مقاله به بررسی میزان افسردگی در شهر تهران؛ به وسیله مقیاسی مبتنی بر هنجارهای محیط فرهنگی ایران، و تاثیر سرمایه اجتماعی بر افسردگی شهروندان شهر تهران میپردازد. برای رسیدن به اهداف پژوهش از نظریه ها و تعاریف مختلف، کلمن، پاتنام و کاکس در باب مفهوم سرمایه اجتماعی استفاده شده است. این پژوهش با روش پیمایشی، در بین افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران با روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای صورت گرفته است که میزان افسردگی شهروندان شهر تهران را ۶۸,۲۸ (درمقیاس ۰ تا ۱۰۰) در حد افسردگی خفیف نشان می دهد. نتایج حاصل از همبستگی و رگرسیون چند متغیره رابطه معکوس و منفی سرمایه اجتماعی و اجزای آن؛ رابطه اجتماعی و اعتماد اجتماعی بر افسردگی را تایید می کند. سرمایه اجتماعی، به عنوان یکی از مکانیزم های اصلی در سبب شناسی، درمان و پیشگیری از افسردگی جای گرفته است و همچنان که در این پژوهش نیز نقش آن در افسردگی تایید گردید، ضروری است به عنوان یکی از اهداف مداخلات درمان در افسردگی مورد توجه روانشناسان و روان درمانگران قرارگیرد.

کلمات کلیدی: افسردگی، سرمایه اجتماعی، رابطه اجتماعی، اعتماد اجتماعی، شهر تهران

هویت یابی زنان در رابطه با تجربه طلاق

دکتر محمد صنعتی، زهرا آقاجانی

مقدمه: طلاق، رویدادی است که فرد با تجربه آن درگیر فرایندی از بازتعریف خود در رابطه با خویشتن و دیگری می شود. این پژوهش به دنبال فهم ادراک زنان از این تجربه و فرایندهای تغییر در «خود» هایشان است. دستیابی به معانی برساخته حول تجربه طلاق، و فهم آنچه قبل، در خلال و پس از طلاق در ساحت روانی و اجتماعی زنان رخ می دهد، راه گشای بازتعریف مساله طلاق بعنوان یکی از مهمترین مسائل تعریف شده امروز جامعه ایرانی و نگاهی دیگرگون به آن در حوزه های سلامت روان و علوم اجتماعی است. طلاق گره گاه امر فردی و جمعی است که در آن، پیوند ویژگی های شخصیتی، عوامل اقتصادی، معانی اجتماعی، در جریان تجربه زنانه طلاق، به شیوه های متفاوتی معنادار می شود. روش شناسی: این کار به روش کیفی نظریه زمینه ای انجام شده است. جامعه آماری از میان زنان دانشجوی علوم انسانی دانشگاه های تهران دارای تجربه طلاق انتخاب شده است. در این روش، تعیین تعداد نمونه مرتبط با اشباع نظری است. بحث و نتیجه گیری: در پاسخ به سوال اصلی تحقیق، «چگونگی هویت یابی زنان در جریان تجربه طلاق»، به مقوله مرکزی روند تغییر تعریف فرد از «خود» و بازشناسی و بازتعریف «خود» زنانه اش در رابطه با «دیگری» ها رسیدیم. براین اساس مهمترین شرایط عالی تعریف خود و تغییرات آن، جایگاه زن در روابط قدرت در خانواده، روابط فرا زناشویی و شیوه درک زنانگی (معانی مرتبط با بدن و ارزش های زنانه) است. شرایط مداخله گر در تغییرات، عموماً موضوعات اقتصادی و حضور «دیگری ها» است. درک عمیقاً جنسیتی زنان نسبت به تصویر خود، در کنار تقابل چشم داشت های سنتی و مدرن، عوامل زمینه ای هستند که در کنار عوامل دیگر در فرایند تغییر حضور دارند. نزدیک شدن به خود واقعی در برابر خود کاذب (به بیان آنها و بسته به زمینه)، دغدغه اصلی اغلب زنان است که در تمام فرایند بازتعریف، در رابطه با دیگران، سازنده خودهایی متفاوت و گاه متضاد برای آنهاست. تغییر استراتژی ها و تعاملات فرد بسته به شرایط، به شکل پذیرش / انکار، احساسات متضاد نسبت به خود و دیگران، کنش های ترمیم کننده برای بازتعریف خود (در اشکال متنوع آسیب شناسانه یا رهایی بخش)، در راستای مدیریت و ایجاد ارتباط میان این خودهاست. فرایند تغییر در بازتعریف «خود»، که هم علت و هم معلول تجربه طلاق است، پیامدهایی دارد که از خودشکوفایی تا وابستگی یا قطع ارتباط با واقعیت را دربر می گیرد و اغلب مبتنی بر تقسیم بندی خود، به «خود واقعی» و «خود کاذب» است.

کلمات کلیدی: هویت، روابط قدرت، تصویر «خود»، زنانگی



نگرش پزشکان متخصص غیر روان پزشک و بیماران آنان به درمان های روان پزشکی چگونه است؟

دکتر ناهید نورانی، دکتر مرضیه عسکری، دکتر آرش رحمانی، دکتر امیر حسین جلالی ندوشن

مقدمه: با وجود موفقیت های ایجاد شده در زمینه کنترل و درمان اختلالات روانپزشکی، همواره انگ به افراد مبتلا به این اختلالات و نگرش منفی نسبت به درمان های دارویی وجود داشته است. در پاره ای موارد نگرش منفی پزشکان غیر روانپزشک نسبت به این داروها نیز به این مشکل دامن می زند. این طرز تلقی به قطع داروهای تجویز شده برای بیمار یا امتناع از درخواست مشاوره یا ارجاع بیمار نیازمند خدمات سلامت روان منجر می شود. روش اجرا: این مطالعه یک بررسی مقطعی بود. ۲۷۵ پزشک متخصص غیرروانپزشک و دستیار تخصصی و ۲۵۵ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه های گروه داخلی و ۱۹۷ نفر مراجعه کننده به درمانگاه های گروه جراحی در این بررسی مشارکت نمودند. ارزیابی با استفاده از پرسشنامه انجام گردید. نتایج: در مجموع ۴۵۲ بیمار و پزشک در این مطالعه وارد شدند. در میان پزشکان سابقه مثبت مصرف داروهای روانپزشکی و سابقه فامیلی بیماری روانپزشکی به مراتب بیشتر از بیماران بوده است. آنچه از نتایج بر می آید این است که در هر دو گروه، پزشکان و بیماران، افراد مسن تر نگرش مثبت تری به داروهای روانپزشکی و فواید آنها داشتند. ضمناً هر نوع تجربه قبلی از اختلالات روانپزشکی یا داروها و درمان ها (شامل سابقه بیماری روانپزشکی، سابقه ارجاع به روانپزشک، شرح حال دریافت درمان روانپزشکی و یا سابقه فامیلی بیماری روانپزشکی) تمایل بیماران به دریافت داروهای روانپزشکی را به طور برجسته ای افزایش می داد. تمایل مشابه در گروه پزشکان هم دیده شد با این تفاوت که سابقه بیماری روانپزشکی، تغییر بارزی در تمایل به دریافت دارو، ایجاد نکرده بود. نکته جالب دیگر اینکه در مورد بیماران این بود که هر نوع تجربه قبلی بیماری روانپزشکی و یا داروهای روانپزشکی با نگرش منفی بیشتری نسبت به خطر این داروها، همراه بود. برعکس در گروه پزشکان سابقه مثبت ابتلا یکی از اعضا خانواده به بیماری روانپزشکی، با نگرش مثبت تر به فواید درمانها و داروهای روانپزشکی همراه بود. در نهایت، نگرش پزشکان نسبت به فواید داروهای روانپزشکی و تمایل آنها به گرفتن این داروها، به طور برجسته ای مثبت تر از بیماران بود. در حالیکه پزشکان نسبت به عوارض این داروها، در مقایسه با بیماران، نگاه منفی تری داشتند. نکته مهم این است که در مقایسه پزشکان و بیماران دارای سابقه دریافت داروهای روانپزشکی داشتند، تفاوت برجسته ای در نگرش شان به داروهای روانپزشکی وجود نداشت. بحث: برای بهبود نگرش افراد جامعه نسبت به درمانهای روانپزشکی باید تلاش در جهت بهبود نگرش پزشکان متخصص غیرروانپزشک حتما مدنظر قرار گیرد.

تبیین ساختار فرهنگی اقدام به خودسوزی: یک مطالعه کیفی

لیلا رضایی^۱، جلال شاکری^۲، سید علی حسینی^۳، حمیدرضا خانکه^۴

۱. استادیار کاردرمانی. عهده دار مکاتبات. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. کرمانشاه. بلوار دولت آباد. مرکز آموزشی درمانی فارابی. مرکز تحقیقات اختلالات خواب (نویسنده مسئول)
rezaie.phd.ot@gmail.com

۲. دانشیار روانپزشکی. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. کرمانشاه. بلوار دولت آباد. مرکز آموزشی درمانی فارابی. گروه روانپزشکی

۳. دانشیار کاردرمانی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران. اوین. خیابان کودکیار. گروه آموزشی کاردرمانی

۴. دانشیار پرستاری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران. اوین. خیابان کودکیار. گروه آموزش پرستاری

مقدمه: خودسوزی یکی از خشن ترین و کشنده ترین شیوه های خودکشی است که نقش مسائل فرهنگی در آن مورد تاکید قرار گرفته است. تبیین نقش مسائل فرهنگی به منظور ارائه راهکارهای مناسب در این زمینه ضروری است. لذا این مقاله به گزارش بخشی از تبیین فرآیند اقدام به خودسوزی یعنی تبیین ساختار فرهنگی اقدام به خودسوزی می پردازد. مواد و روش ها: این مطالعه با رویکرد کیفی و از نوع نظریه پایه (grounded theory) در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲ در شهر کرمانشاه انجام شد. داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته از ۲۹ مشارکت کننده شامل اقدام کنندگان به خودسوزی (۱۴ نفر)، خانواده های آنها (۵ نفر) و کادر درمان (۸ نفر) جمع آوری و به روش اشتراوس و کوربین تجزیه و تحلیل شد. یافته ها: ساختار فرهنگی، تضادهای خانوادگی، مشکلات بهداشت روانی، تهدید به خودسوزی، و ویژگی های متمایز خودسوزی پنج طبقه اصلی در فرآیند خودسوزی بودند. طبقه ساختار فرهنگی به عنوان contextual condition در فرآیند خودسوزی استخراج شد که از زیرطبقه ارزش ها و سنت ها، تعصبات قومی و قبیله ای، معانی فرهنگی خودسوزی، و همانندسازی فرهنگی برخوردار بود. بر اساس یافته های این تحقیق دو زیر طبقه ارزش ها و سنت ها و تعصبات قومی و قبیله ای با فراهم نمودن زمینه برای بروز مشکلات خانوادگی و دو زیر طبقه معنای فرهنگی و همانند سازی فرهنگی با معنا بخشیدن به خودسوزی در بروز و تداوم فرآیند اقدام به خودسوزی موثر می باشد. نتیجه گیری: ساختار فرهنگی که فرآیند خودسوزی در آن رخ می دهد از ویژگی های خاصی برخوردار است که زمینه را برای بروز اقدام به خودسوزی فراهم می کند و توجه به این ویژگی ها در برنامه های پیشگیری از خودسوزی ضروریست.

کلید واژگان: خودسوزی، ساختار فرهنگی، مطالعه کیفی، کرمانشاه



نگرش رایج ایرانیان نسبت به تریاک

دکتر مهران ضرغامی

استاد گروه روان پزشکی و مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده ی اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی مازندران

مصرف تریاک به عنوان ماده مخدر از قرن دهم هجری و شاید پیش از آن به تدریج در ایران شایع شد، تا جایی که اکنون شایع ترین ماده ی مصرفی در این کشور است. با استناد به دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد، ایران دومین کشور مصرف کننده ی تریاک در جهان است. آمارهای مختلف، ۶۹ تا ۹۴/۶ درصد معتادان ایرانی را تریاکی می داند.

گرچه واقع شدن ایران در همسایگی افغانستان را عامل مهم وفور تریاک در این کشور ذکر کرده اند، اما عوامل دیگری چون جنگ، فقر، بیکاری، مهاجرت به شهر ها، بی خانمانی، بحران ها و خشونت های خانوادگی، فحشاء، طلاق و کودکان فراری از خانه را نیز از عوامل تاثیر گذار بر شیوع اعتیاد به این ماده ذکر کرده اند. آنچه در بررسی سبب شناختی اعتیاد به تریاک مغفول مانده، جنبه های فرهنگی است. در نگاهی به متون ادبی کشور می بینیم بزرگانی چون فردوسی (در سده ی چهارم)، فخرالدین اسعد گرگانی، ناصر خسرو، منوچهری، اسدی توسی و سنائی (در سده ی پنجم)، خیام (در سده ی پنجم و ششم)، سوزنی، خاقانی، نظامی و عطار (در سده ی ششم)، مولوی و سعدی (در سده ی هفتم)، حافظ (در سده ی هشتم)، و باقر کاشی (در سده ی دهم و یازدهم)، که هر کدام سهم به سزایی در شکل گیری فرهنگ ایرانی داشته اند، از واژه ی «تریاک» به مفهوم پادزهر، اکسیر، داروی اکبر و شفای همه غمها یاد کرده اند. مفهومی که به نظر می رسد در ناخودآگاه آحاد این جامعه شکل گرفته و سینه به سینه، نسل به نسل منتقل شده است.

پژوهش های اخیر نیز از این فرضیه حمایت می کند. به عنوان مثال، در مطالعه ای بر روی بیماران سالمند، ۱۶/۳ درصد آنها به تریاک اعتیاد داشتند؛ ۳۳ درصد آنها تریاک را به عنوان مسکن، و بقیه ی آنها برای پایین آوردن چربی های خون و درمان پرفشاری خون و دیابت و سایر بیماری های مزمن مصرف می کردند. یا در پژوهش دیگری بر روی بیماران دیابتی، ۱۰/۹ درصد آنها تریاک مصرف می کردند. ۶۳/۶ این گروه، پس از ابتلا به دیابت، مصرف تریاک را شروع کرده بودند و بقیه هم پس از ابتلا به دیابت، مصرفشان را بیشتر کرده بودند. به ۷۲ درصد این بیماران، دیگران توصیه کرده بودند که برای درمان دیابت، تریاک مصرف کنند.

بررسی رابطه بین هوش هیجانی مردان با خشونت علیه همسران در شهر طبس

طیبه جعفریان^۱، دکتر منصور فتحی^۲، دکتر ملیحه عرشی^۳

۱. کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (نویسنده مسئول)

tayebejafarian@gmail.com

۲. دکتری مددکاری اجتماعی

۳. دکتری مددکاری اجتماعی

هدف از این پژوهش، تعیین رابطه بین هوش هیجانی مردان و خشونت علیه زنان در شهر طبس است. روش این پژوهش از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه زن و شوهرهای متأهل شهر طبس در سال ۱۳۹۳ بود که یک سال از ازدواجشان گذشته باشد. از این جامعه تعداد ۲۳۰ زوج (۲۳۰ زن، ۲۳۰ مرد) با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای از ۵ نقطه شهر طبس انتخاب شدند. داده های پژوهش به کمک پرسشنامه های هوش هیجانی (برادبری و گریوز، ۲۰۰۳) و خشونت علیه زنان (حاج یحیی، ۱۹۹۹) جمع آوری گردید. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار آماری spss-22 انجام گرفت. نتایج تحلیل داده ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، رگرسیون چندمتغیره نشان داد که بین هوش هیجانی مردان و خشونت آنها علیه همسرانشان رابطه معنادار و منفی وجود دارد ($\text{sig}=0, p<0.01$). همچنین تمامی مولفه های هوش هیجانی با خشونت علیه زنان رابطه معناداری را نشان دادند. نتایج رگرسیون نشان داد که ۸ درصد از تغییرات خشونت علیه زنان را مولفه های هوش هیجانی پیش بینی می کنند. بنابراین مردان دارای هوش هیجانی بالا، نسبت به همسر خود خشونت کمتری را اعمال می کنند.

واژگان کلیدی: هوش هیجانی، تعارض نقش جنسیتی، مدیریت رابطه



اثربخشی آموزش منابع تکوین خود بر کاهش استیگما در مراقبین خانوادگی بیماران روانی

دکتر سید جلال یونسی^۱، محمد محمدی^۲، محمد رستمی^۳، میلاد اسماعیلی جمکرانی^۴

۱. دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (نویسنده

مسئول) msmohammadig@gmail.com

۳. دانشجوی دکترای مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

زمینه و هدف: استیگما در واقع مجموعه‌ای از شناخت و رفتارهایی است که با برچسب زدن فعال شده و به طرد و انزوای اجتماعی منتهی می‌شود. استیگما هم در مورد خود فرد دارای برچسب و هم ممکن است به وابستگان آن‌ها هم سرایت کرده و همان کارکرد را در مورد وابستگان داشته باشد. بر این اساس هدف از انجام این پژوهش بررسی تاثیر آموزش منابع تکوین خود بر کاهش استیگما در مراقبین خانوادگی بیماران روانی بود. روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی، که به صورت پیش آزمون، پس آزمون همراه با گروه آزمایش و گروه کنترل بود. به منظور انجام این پژوهش، تعداد ۴۰ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران روانی تحت درمان در بخش روانپزشکی بیمارستان شهدای کارگر استان یزد را براساس پرسشنامه آگاهی و نگرش نسبت به بیماران اعصاب و روان به شیوه هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش طی ۹ جلسه تحت آموزش مبتنی بر منابع تکوین خود قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل یافته‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی داری در استیگما کسب کرده است ($P < 0/001$). نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که آموزش منابع تکوین خود می‌تواند به طور معنی دار و اثربخش استیگما را در مراقبین خانوادگی بیماران روانی کاهش دهد. همچنین از نتایج حاصل می‌توان در جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران و مراقبان آنها استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: استیگما، منابع تکوین خود، مراقبین خانوادگی

چکیده مقالات پژوهشی (پوستر) چهارمین همایش روانشناسی فرهنگی و اجتماعی

تهران، ۲۳ تا ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۶





روان پزشکی فرهنگی و خرافات

مریم موسوی نیک^۱، دکتر محمد باقر صابری زفرقندی^۲، دکتر علی عصارى^۳، سید رضا اسحاقى فرهمند^۴

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. دکترای برنامه ریزی شهری و منطقه ای، دانشکده هنر و شهرسازی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران
۴. کارشناسی ارشدروانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه: خرافات از بارزترین انحراف اندیشه و در روانپزشکی فرهنگی از مقوله های شعور اجتماعی است. درگذشته انسان برای فائق آمدن به مشکلات و فهم علت رویداد ها به خرد اتکا نمی کرد و به واسطه میل و احتیاجی که به دانستن علت وجود پدیده ها داشت، به احساسات و قوه تصور خود پناه می برد. امروزه نیز به رغم پیشرفت در علم و فن آوری، هنوز افکار خرافی در زوایای خودآگاه افراد کمین کرده و بر رفتار اجتماعی و طرز تلقی آنها از زندگی تأثیر می گذارد. این گونه استقبال مردم از خرافات و عمومیت یافتن آن سبب شده تا محققان و پژوهشگران روانپزشکی فرهنگی، خرافات را به عنوان یک مسأله و آسیب اجتماعی مورد توجه قرار دهند. روش کار: پژوهش حاضر با استفاده از روش کتابخانه ای و با تکیه بر عقاید و باورهای رایج در فرهنگ عامه شهروندان تهرانی در پی شناسایی گستره و نفوذ برخی زمینه های مرتبط با آنها بوده است. یافته ها: مطالعات روانپزشکی فرهنگی نشان می دهند که در مواقع حساس مثل رویارویی با مسایلی همچون مرگ، بیماری، حوادث طبیعی و... و زمان هایی که عدم اعتماد و اطمینان به آینده وجود دارد، فرد دچار اضطراب شده و احساس شکست و ترس و خشم می کند. در این مواقع فرد به دلیل اینکه نمی تواند از راه علم و منطق دلایلی منطقی برای توجیه اتفاق ارائه نماید، به اعتقادات خرافی گرایش پیدا می کند تا از اضطراب و تشویش درونی رهایی یابد و تسکین خاطر پیدا کند. بحث و نتیجه گیری: از آنجایی که ریشه ی خرافات در ترس، اضطراب و ناآگاهی است اگر بشر در مواجهه با وقایع هولناک و امور هراس انگیز، ترسی توأم با تعقل و تفکر داشته باشد، دچار سرگردانی و حیرت های غیرمنطقی نمی شود. بنابراین، روانپزشکی فرهنگی باید به اصلاح باورهای مردم بپردازد و طبعاً این اصلاح موقعی صورت می گیرد که در پی شناخت ریشه ی ایجاد باور برآید

و وقتی ریشه ی ایجاد باور از پندارها، خرافه ها و برداشت های غلط پیرایش گردد، باورها در طی زمان تغییر کرده و مسیر صحیح خود را می یابند و در نتیجه این باورهای صحیح رفتارها و کارکردهای اجتماعی صحیح و سالمی را به وجود خواهند آورد. همچنین باید توجه داشت که تنها ترس، حیرت و نا آگاهی افراد علت خرافات نیست، بلکه محیط اجتماعی، جغرافیایی و فرهنگی نیز تأثیر مستقیمی در ایجاد و ظهور و ادامه یافتن خرافه دارند.



بررسی ۱۲ ساله علل اقدام به خودکشی گزارش شده از اورژانس مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران

طاهره رعدی^۱، دکتر مشیانه حدادی^۲، زهرا رعدی^۳

۱. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران

۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۳. مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی ایران

مقدمه: قریب به یک میلیون نفر همه ساله قربانی خودکشی می شوند و در حدود ۱۰ تا ۲۰ میلیون نفر نسبت به آن اقدام می کنند. خودکشی به منزله خاتمه عمدی حیات است که عواقب فردی و خانوادگی بسیاری به دنبال دارد. روش انجام: در یک بررسی ۱۲ ساله طی سالهای ۱۳۸۱ لغایت ۱۳۹۲ کلیه مصدومان مراجعه کننده به بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران (اعم از بیمارستانهای خصوصی و دولتی) وارد مطالعه شدند. نتایج: در مجموع ۲۰۳۱۸ مورد طی مدت ۱۲ سال، تحت عنوان خودکشی به بیمارستانهای مذکور مراجعه نمودند که در بیشتر موارد دلیل روشن و واضحی درمورد علت اقدام به خودکشی یافت نشد. شایعترین نوع خودکشی، سوء مصرف دارو (استفاده از دزهای بالای داروهای مجاز یا غیرمجاز) و نادرترین علت، برق گرفتگی می باشد.

گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال و سپس ۱۶ تا ۲۰ سال، شایعترین گروه سنی درگیر می باشند. در این مطالعه زنان بیشتر اقدام به خودکشی کرده و اغلب قربانیان خودکشی را نیز تشکیل میدهند (۶۰ درصد قربانیان). افراد مجرد در مقایسه با افراد متأهل بیشتر اقدام به خودکشی می نمایند. پیشنهادات: در برنامه ریزی جهت پیشگیری از خودکشی ۲ نکته اهمیت دارد: الف) شناسایی گروههای آسیب پذیر و ارائه خدمات مراقبتی مناسب به آنها ب) کاهش مخاطرات یا پیشگیری اولیه با کاهش عوامل خطرزای خودکشی و رفتارهای مخاطره آمیز در جامعه است. تلاشهای جامعه محور باید بر پیشگیری اولیه از ابتدای کودکی متمرکز گردد زیرا سرمنشأ رفتارهای مخاطره آمیزی که فرد را در معرض خطر خودکشی قرار می دهد مربوط به دوران کودکی یعنی زمان شکل گیری شخصیت فرد می باشد.

کلید واژه: خودکشی، سوء مصرف دارو، دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروههای آسیب پذیر

فرایند اقدام به خودکشی در میان نوجوانان ایرانی (یک مطالعه کیفی)

Mohammad-Rafi Bazrafshan¹, Farkhondeh Sharif², Zahra Molazem³,
Arash Mani⁴

1. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2. Community Based psychiatric care Research Center, Department of Mental Health & Psychiatric Nursing, school of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran (Corresponding Author: Professor of Psychiatric and Mental Health Nursing, Community Based Psychiatric Care Research Center, school of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran. Fax: +98-7116474252, Tel: +98-7116475250, E-mail: fsharif@sums.ac.ir)

3. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

4. Research Centre for Psychiatry and Behavioral Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

پیش زمینه: اقدام به خودکشی در میان نوجوانان شایعتر از سایر گروه های سنی است با این وجود اطلاعات اندکی در مورد فرایند اقدام به خودکشی در میان نوجوانان وجود دارد. این مطالعه به هدف کشف فرایند مرتبط با اقدام به خودکشی در میان نوجوانان ایرانی انجام شد. روش مطالعه: این یک مطالعه کیفی به شیوه تئوری زمینه ای می باشد. مشارکت کننده های کلیدی ۱۶ نوجوان بودند که پس از تلاش برای خودکشی به ۲ بیمارستان در شهر شیراز مراجعه داشتند. همچنین، ۴ نفر از اعضای خانواده نوجوان، ۱ پرستار، ۱ روانشناس و ۱ روانپزشک در این مطالعه شرکت داشتند. نمونه گیری به شیوه هدفمند و نظری انجام شد. جهت جمع آوری داده ها از مصاحبه های عمیق نیمه ساختار یافته استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها به روش پیشنهادی توسط اشتروس و کوربین (۱۹۹۸) و با شیوه مقایسه مداوم تا زمان اشباع داده ها انجام شد. یافته ها: ۵ طبقه اصلی شامل عوامل فردی و تجارب زندگی، عوامل خانوادگی، عوامل آموزشی و اجتماعی، مشکلات روانی-عاطفی و استراتژی های کنترل تنش از داده ها استخراج شد. مفهوم مرکزی در داده ها تلاش برای فرار از موقعیت دردناک روانی بود که در ارتباط با سایر مفاهیم بود و فرایند اقدام به خودکشی در میان نوجوانان را در این مطالعه توصیف می کرد. نتیجه گیری: شناخت فرایند اقدام به خودکشی در نوجوانان به تیم نظام سلامت کمک خواهد نمود با تمرکز بر پیشگیری از عوامل خطر ساز منجر به رفتار خودکشی در نوجوانان، آموزش نحوه مقابله با تنش در مواقع مواجهه با بحران به این گروه و افزایش



دسترسی این نوجوانان و خانواده های آنها به خدمات تخصصی مشاوره ای، سیستم حمایتی مناسبی را برای این افراد فراهم آورند.

واژگان کلیدی: نوجوانان، تئوری زمینه ای، ایران، تحقیق کیفی، اقدام به خودکشی

بررسی سواد سلامت روان در مورد افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر لاله قدیریان^۱، دکتر آزاده سیاری فرد^۲

۱. متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار، پژوهشکده کاهش رفتارهای پر خطر، مرکز پژوهشهای سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار، پژوهشکده کاهش رفتارهای پر خطر، مرکز پژوهشهای سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه: سواد سلامت روان به معنای توانایی افراد در کسب، فهم و استفاده از اطلاعات مربوط به اختلالات روانپزشکی برای تصمیم گیری متناسب و دنبال کردن درمان در صورت لزوم است. هدف از این مطالعه بررسی سواد سلامت روان در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. روش: در این مطالعه مقطعی، اطلاعات توسط پرسشنامه خودایفا جمع آوری گردید که در نهایت ۳۲۴ دانشجو این پرسشنامه را تکمیل نمودند. برای نمونه گیری از روش خوشه ای تصادفی استفاده گردید. سوالات دربرگیرنده حوزه های مختلف سواد سلامت روان شامل تشخیص اختلال، قصد کمک گرفتن و موانع درک شده، باورها در مورد مداخلات، باورها در مورد پیشگیری، نگرش به استیگما و انزوای اجتماعی، باورها در مورد پیش آگهی، مواجهه با اختلالات روانپزشکی، اثر کمپین و مدیا و ارائه خدمات بود. برای آنالیز آماری از t -test استفاده گردید. نتایج: از میان دانشجویان همکاری کننده (۳۵,۶ درصد) ۱۱۵ نفر به سوال تشخیص اختلال پاسخ صحیح «افسردگی» دادند. در حوزه «قصد کمک گرفتن» ۲۰۸ دانشجو پاسخ مثبت داده بودند. اکثریت این دانشجویان به دوستان و والدین بعنوان کسانی که از ایشان کمک می گیرند اشاره نموده بودند. انگ (استیگما) بزرگترین مانع برای «قصد کمک گرفتن» بود. به تلویزیون و اینترنت بعنوان بیشترین منابع دریافت اطلاعات در مورد سلامت روان اشاره گردید. بحث: در مجموع سواد سلامت روان دانشجویان در مورد افسردگی در برخی حوزه ها پایین بود. برنامه های آموزشی مناسب بویژه به منظور کاهش انگ اختلالات روانپزشکی ضروری بنظر می رسد. ایجاد شبکه های همکاری دانشجویی برای سلامت روان می تواند مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: سواد سلامت روان، دانشجویان علوم پزشکی، آگاهی، قصد کمک گرفتن



جایگاه مشارکتهای فرهنگی اجتماعی مردم نهاد و خیریه در ارتقاء سلامت معنوی و روانی

دکتر یوسف فکور و همکاران

روانپزشک و عضو هیئت علمی وزارت بهداشت

مقدمه: امور خیریه بمعنای بخشش آمیخته با محبت فراتر از رنگ، نژاد، ملیت ها، مرزها و نحلله های مختلف بوده، ریشه در جان انسانها داشته و برای همگان قابل احترام است. نکته قابل توجه ماندگاری و سلامت معنوی برای خود فرد خیر پس از گذشت زمانهای طولانیست. روش: بر اساس مطالعات کتابخانه ای و مرور مقالات نشان داده شده است که بسیاری از مراکز درمانی و دانشگاههای امریکا و اروپا بر اساس وقف و نیت خیرین تاسیس شده و اداره می گردند که صرفا بمنزله بهره برداری و مصرف بی حساب این منابع نبوده بلکه درآمدزایی مستمر و خود گردانی را نیز نصیب این موسسات و دانشگاهها نموده اند. دانشگاه هاروارد، بنیاد بین المللی نوبل نمونه هایی از صدها نهاد خیریه بزرگ و کوچکی است که برای حمایت و کمک به تامین رفاه و حل مشکلات جامعه راه اندازی شده است. نتایج: درکشور ما در سالهای اخیر با توسعه فزاینده علمی و طرح تحول سلامت در سال جاری، تغییر عظیمی در حال شکل گیری است که انجام صحیح آن به رضایت نسبی مردم منجر خواهد شد. همانطور که در جامعه پر از استرس مان می بینیم سلامت روان ضرورتی بیش از پیش پیدا کرده و اگر تا دیروز توسط مبتلایان نادیده گرفته می شد امروز مشکلات هزینه خدمات هم به آن افزوده شده است این مهم تنها با اتکاء به اقتصاد دولتی و اقتصاد دانش بنیان امکان پذیر نخواهد بود. فشار های درونی و بیرونی توان دولت را کاسته لذا توجه به مشارکت های مرد نهاد و خیریه در ارتقاء سلامت روان با همه اولویت ها و محرومیت ها آشکار است. بحث و نتیجه گیری: در این مقاله ضمن اشاره به نقاط پیوند سلامت معنوی و روانی سیر مشارکت های فرهنگی اجتماعی در گذشته، نقش فرهنگی اجتماعی ادیان به خصوص دین اسلام در امور خیریه و نحوه تامین منابع خیرین، راهکارهای اجرایی از جمله فرهنگ سازی به عنوان مهمترین راهکار، اطلاع رسانی، ایجاد ساختارهای تصمیم گیر تعاملی و قدردانی از خیرین و ایجاد ساختارهای مشارکت غیر دولتی در حوزه سلامت ارایه شده است. انتظار می رود با اجرای این راهکارها رشد قابل توجهی را در پیشبرد ارتقاء سلامت و سلامت روان با رویکرد خیریه داشته باشیم.

کلید واژه ها: مشارکت های مردم نهاد، امور خیریه، سلامت روان

بررسی عوامل موثر بر سلامت روان دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر بوشهر مبتنی بر تئوری شناخت اجتماعی در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲

زهرة شکیب^۱، رحیم طهماسبی^۲، آریتا نوروزی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران (نویسنده مسئول) zohrehsh387@gmail.com
۲. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، بخش ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
۳. استادیار گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

مقدمه: یکی از مقوله های مهم در مباحث روانشناسی و روان پزشکی سلامت روان بوده که نقش برجسته ای را در رشد و تکامل اجتماعی - روانی دوره های مختلف زندگی به ویژه دوره ی نوجوانی ایفا می کند چرا که مشکلات سلامت روان در این دوران می تواند به دنبال مشکلات روانی دوران کودکی و یا شروع یک بیماری جدید باشد نوجوانان بدلیل شرایط سنی و موقعیت خاص اجتماعی در معرض خطر روز افزون مشکلات روانی و رفتاری هستند. بنابراین هدف از این مطالعه بررسی عوامل موثر بر سلامت روان دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهر بوشهر مبتنی بر تئوری شناخت اجتماعی می باشد. مواد و روشها: این مطالعه، پژوهشی توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای خوشه ای در ۵۰۰ نفر دانش آموز دختر دبیرستانهای دولتی شهر بوشهر در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ انجام شد. اطلاعات توسط ۵ پرسشنامه استاندارد شامل پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی، اضطراب پیشرفت تحصیلی، حمایت اجتماعی چند بعدی، انگیزش تحصیلی و کیفیت زندگی (SF-36) جمع آوری گردید. سپس داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از شاخص های توصیفی، آزمون ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل گردید. یافته ها: در این مطالعه ۵۰۰ دانش آموز با میانگین سنی 13.4 ± 1.1 / ۲۷ / ۱۶ شرکت کردند که ۲۱/۶ درصد دانش آموزان کلاس اولی، ۳۱/۲ درصد کلاس دومی، ۲۸/۶ درصد کلاس سومی و ۱۸/۶ کلاس چهارمی بودند. میانگین سلامت روان (11 ± 50.99) بود که با توجه به عدد حداکثر (۱۰۰)، از نظر وضعیت روانی در سطح متوسطی قرار داشتند. نتایج مطالعه نشان داد بین حمایت اجتماعی و سلامت روان $(r = 0.298, p = 0.000)$ ، بین انگیزش تحصیلی و سلامت روان $(r = 0.14, p = 0.002)$ ، بین اضطراب تسهیل کننده و سلامت روان $(r = 0.169, p = 0.000)$ رابطه معنی دار وجود دارد. در مدل رگرسیون خطی عوامل پیشگویی کننده سلامت روان، اضطراب تسهیل کننده $(B = -3.4, p = 0.006)$ ، حمایت خانواده $(B = 5.999, p = 0.000)$ ، حمایت دوستان $(B = 4.041, p = 0.000)$ تنها تبیین کننده های سلامت روان بودند. نتیجه گیری: با توجه به تأثیر حمایت اجتماعی، انگیزش تحصیلی، اضطراب تسهیل کننده بر سلامت روان می توان با استفاده از آموزش مهارت های مقابله ای در زمینه ی مدیریت استرس،



فراهم کردن انگیزاننده مثبت و کاهش انگیزاننده های منفی و آموزش مهارت‌های ارتباطی و ایجاد محیطی حمایت گرانه سلامت روان را در دانش آموزان ارتقاء بخشید.

کلید واژه ها: نظریه شناخت اجتماعی؛ سلامت روان، حمایت اجتماعی؛ انگیزش تحصیلی، خودکارآمدی اجتماعی، اضطراب پیشرفت تحصیلی

بررسی اپیدمیولوژیک سلامت عمومی در پزشکان شیراز، خرداد ۹۳

دکتر نسرین دانش^۱، الهه قربانپور^۲

۱. گروه روانپزشکی و روانشناسی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی شیراز (نویسنده مسئول)
۲. کارشناس ارشد آمار زیستی، مدرس دانشکده علمی کاربردی علوم پزشکی، واحد کوار

سابقه و هدف: در میان جمعیت عادی مردم، پزشکان بیش از سایر گروه‌ها در معرض ابتلا به اختلال در سلامت روانی می‌باشند. مطالعه حاضر به منظور بررسی سلامت عمومی پزشکان در شیراز انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی ۱۰۶ پزشک از بین پزشکان شهر شیراز بصورت تصادفی انتخاب گردیدند. برای بررسی سلامت عمومی آنان، از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-۲۸ استفاده شد. پس از جمع آوری داده‌ها، با نقطه برش ۲۲ برای سلامت عمومی و ۷ برای مولفه‌ها در نرم افزار SPSS۱۹ به تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون t یک طرفه و t دو نمونه‌ای مستقل پرداخته شد. یافته‌ها: با توجه به P-value بدست آمده، مشاهده می‌شود که میانگین نمره آزمون پزشکان بیش از ۲۲ بوده که این نشان‌دهنده وجود اختلال در سلامت عمومی آنان می‌باشد. اختلاف معنی داری میان میانگین نمره سلامت عمومی پزشکان زن و مرد مشاهده نشد. استنتاج: عامل جنس با سلامت عمومی و مولفه‌های آن رابطه معنی داری نشان نداد. در بین پزشکان بیشترین مورد اختلال دیده شده در ضعف کارکرد اجتماعی بوده است و اضطراب رتبه دوم را نشان داده که در هر دو جنس مشابه بوده است.

واژه های کلیدی: آزمون GHQ-۲۸، سلامت روان، جسمانی سازی، کارکرد اجتماعی



تجربه بی خوابی و باورهای مرتبط با آن: یک مطالعه کیفی

لیبا رضایی^۱، دکتر حبیب الله خزایی^۲

۱. استادیار کاردرمانی. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. کرمانشاه. بلوار دولت آباد. مرکز آموزشی درمانی فارابی. مرکز تحقیقات اختلالات خواب (عهده دار مکاتبات) rezaie.phd.ot@gmail.com

۲. استاد گروه روانپزشکی. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. مرکز آموزشی درمانی فارابی. مرکز تحقیقات اختلالات خواب

مقدمه: بی خوابی یکی از اختلالات شایع در جمعیت عمومی است که با تاثیرات منفی بر روی کیفیت زندگی همراه است. یکی از عوامل موثر بر تشدید و تداوم بی خوابی تجربه و باورهای ناکارآمد در رابطه با بی خوابی است. شناخت این تجربیات و باورها برای انجام مداخلات درمانی مناسب ضروری است. لذا این تحقیق با هدف تبیین تجربه و باورهای بی خوابی انجام شد. مواد و روش ها: این تحقیق با رویکرد کیفی و از نوع پدیدارشناسی انجام شد. داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته از ۱۵ مشارکت کننده مبتلا به بی خوابی در مرکز تحقیقات اختلالات خواب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه جمع آوری شد و با استفاده از روش Colaizzi مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها: تجربیات بی خوابی و باورهای مربوط به آن در دو مضمون اصلی ذهن درگیر با بی خوابی و سبک زندگی آشفته با بی خوابی تقسیم بندی شدند که مضمون اصلی ذهن درگیر با بی خوابی بود که خود دارای زیرمضامین باورهای مربوط به ماهیت بی خوابی، باورهای مربوط به خواب سالم، و باورهای مربوط به تاثیرات بی خوابی بود. نتیجه گیری: تجربه بی خوابی از نظر باورهای مرتبط با آن و تاثیرات این باورها بر زندگی این افراد قابل توجه می باشد. این باورها عمدتاً باورهای ناکارآمدی هستند که بر تداوم بیماری تاثیر می گذارند. لذا توجه به اصلاح این باورها در درمان این بیماران توصیه می شود.

کلید واژگان: بی خوابی، تجربه، باورها، تحقیق کیفی، پدیدارشناسی

استانداردها و شیوه های نوین آموزش بیمار و خودمراقبتی

سجاد کتابی، کبری سلیمانی

انسانها بزرگترین سرمایه ملی هر جامعه ای هستند. امروزه باتوجه به رشد جمعیت، مشکلات آنان نیز افزایش یافته است. ازجمله این مشکلات، مرگ و میر افراد جوامع مختلف به دلیل بروز انواع بیماریهای مسری و غیرمسری است که به سرعت درحال گسترش می باشد و این پدیده سلامت آنان را به مخاطره انداخته است. فلذا یکی از راهکارهای مؤثر در بهبود کیفی و کمی آموزش های خودمراقبتی و شناخت دقیق نوع بیماریها واحصاء میزان و درصد بیماران و نیز شناسایی و رصد عوامل بیماری زا، درسایه استقرار نظام آموزش بیماران و بحث خودمراقبتی آنان در سطوح مراکز بهداشتی و درمانی کشور می باشد که البته با آغازنظام سلامت در دولت یازدهم، این هدف دور از انتظار نبوده و نیازمند توجه روزافزون به مقوله اقدامات پیشگیرانه و نگرش عمیق به کلیات نظام سلامت و باورداشت صحیح نسبت به فرآیند تحقق این طرح عظیم و ملی از طریق الگوهای آموزشی تخصصی خواهد داشت.

کلیدواژه ها: کودکان و نوجوانان، رشد جمعیت، آموزش، خودمراقبتی، نظام سلامت، اقدامات پیشگیرانه



بررسی اطلاعات دموگرافیک، زمان و چگونگی مراجعه در مراجعه کنندگان به اورژانس روانپزشکی بیمارستان روانپزشکی ایران در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲

دکتر محمد قدیری و صفی^۱، دکتر مریم حدادی^۲، دکتر کاوه علوی^۳

۱. روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲. پزشک عمومی

۳. روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه: هدف از این پژوهش بررسی اطلاعات دموگرافیک، زمان و چگونگی مراجعه در مراجعه کنندگان به اورژانس روانپزشکی بیمارستان روانپزشکی ایران در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲ بوده است تا با توجه به کمبود تخت های اورژانس روانپزشکی بتوان تمهیدات لازم را پیش بینی نمود.

روش ها: در این مطالعه مقطعی اطلاعات دموگرافیک بیماران با پرسشنامه ای توسط مصاحبه و مشاهده جمع آوری گردید. نتایج: ۳۹۲ بیمار بررسی شدند. میان جنسیت و وضعیت مالی و بستری شدن یا نشدن رابطه آماری معنی داری وجود نداشت اما میان سایکوز و بستری شدن رابطه آماری معناداری وجود داشت ($P \text{ value: } 0.001$) و وابستگی به مواد مخدر در خانم ها بیشتر از آقایان بود ($P \text{ value: } 0.04$). سابقه مصرف مواد مخدر نیز در خانم ها بیشتر بود ($P \text{ value: } 0.001$). خانم ها ۴۳ درصد از افراد بدون درآمد و ۶۳/۶ درصد از افراد با درآمد بالا را تشکیل می دادند. میان جنسیت و وضعیت درآمد رابطه آماری معناداری وجود داشت. بحث: در این مطالعه، تعداد آقایان مراجعه کننده به اورژانس، بیشتر از خانم ها، بیشترین ارجاع توسط خانواده ها صورت گرفته، و کمترین مراجعه توسط خود بیماران بود. ساعات ۶ الی ۱۲ بعد از ظهر بیشترین مراجعه و متاهلین و افراد بدون درآمد بیشترین درصد مراجعین را به خود اختصاص دادند. شایعترین تشخیص در مراجعه کنندگان اختلال دوقطبی نوع یک بود، و بیشترین میزان بستری مربوط به بیماران دچار سایکوز بود. عدم بستری بیماران، در اکثر موارد به علت عدم نیاز به بستری بود، و تنها در موارد معدودی به علت نبودن تخت خالی در دسترس بود.

واژگان کلیدی: دموگرافیک، اورژانس، روانپزشکی

بررسی تداوم اثربخشی خدمات پس از ترخیص (ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی) بر افکار و رفتار خودکشی یک سال پس از قطع این خدمات در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی شدید

دکتر کاوه علوی^۱، دکتر فاطمه زهره‌وند^۲، دکتر محمد قدیری وصفی^۳

۱. روانپزشک؛ مرکز تحقیقات بهداشت روان؛ دانشکده علوم رفتاری و بهداشت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)؛ استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲. پزشک عمومی

۳. روانپزشک؛ مرکز تحقیقات بهداشت روان؛ دانشکده علوم رفتاری و بهداشت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)؛ دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه: همگام با ایجاد تحول چشمگیر در ارائه خدمات سلامت روان به افراد نیازمند و گسترش جنبش سلامت روان جامعه‌نگر، مطالعات متعددی بر روی اثربخشی این خدمات، از جمله پیگیری تلفنی، ویزیت در منزل، آموزش مهارت‌های اجتماعی و آموزش خانواده، در بیماران دچار اختلالات روانپزشکی صورت گرفته است. هدف مطالعه حاضر بررسی تداوم اثربخشی خدمات پس از ترخیص (شامل پیگیری تلفنی و ویزیت در منزل)، یک سال پس از قطع خدمات ۱۲ ماهه، بر روی رفتار خودکشی بوده است. روش: این مطالعه ادامه یک کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی، با عنوان «اثربخشی خدمات پس از ترخیص در مبتلایان به اختلالات روانی شدید در بیمارستان روانپزشکی ایران» بود. از بین بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانپزشکی، ۱۲۰ بیمار بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در یکی از دو گروه خدمات پس از ترخیص (پیگیری تلفنی یا ویزیت در منزل) و مراقبت معمول (شاهد) تقسیم شدند. خدمات پس از ترخیص به‌مدت یک سال تداوم داشت. یک سال پس از ختم این خدمات، فراوانی رفتار خودکشی در بیماران از طریق تماس تلفنی و با استفاده از پرسشنامه‌های زمینه‌ای و عنوان خودکشی از مقیاس افسردگی هامیلتون (HAM-D17) ارزیابی شدند. نتایج: تماس با ۵۷ نفر در گروه مداخله (۲۹ نفر در گروه ویزیت در منزل و ۲۸ نفر در گروه پیگیری تلفنی) و ۵۷ نفر در گروه شاهد برقرار شد. دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای با هم اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند، اگرچه افراد گروه خدمات پس از ترخیص بیشتر از گروه شاهد به‌تنهایی یا در مؤسسات زندگی می‌کردند (به‌ترتیب، ۴۰/۴ درصد و ۱۹/۳ درصد، $p=0/014$). بعد از یک سال، بیشتر افراد در هر دو گروه ایده‌پردازی خودکشی داشتند، مرتکب خشونت شده بودند و پرخاشگری کلامی یا فیزیکی نشان داده بودند. با این حال، در مورد هیچ‌کدام از متغیرهای فرجام اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد و تنها اقدام به خودکشی تا حدی در گروه شاهد بیشتر از گروه خدمات پس از ترخیص بود (به‌ترتیب، ۳۶/۸ درصد و ۵۴/۴ درصد، $p=0/060$). بحث و نتیجه‌گیری: در این مطالعه که ۱۲ ماه پس از قطع خدمات پس از ترخیص انجام شده است، در مورد بیشتر متغیرهای زمینه‌ای و بالینی اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد و انواع رفتارهای خودکشی در هر دو گروه بسیار شایع بود. با توجه نتایج مطالعه اول، به‌نظر می‌رسد اثربخشی بالینی این خدمات یک



سال پس از قطع آن دیگر تداوم ندارد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات روانپزشکی شدید؛ اسکیزوفرنیا؛ اختلال دوقطبی؛ خدمات پس از ترخیص؛
روانپزشکی جامعه‌نگر؛ خودکشی

نقش کاردرمانی در بازگشت به کار بیماران با اختلالات روانپزشکی مزمن

نسبیه نوری ممبینی، سارا افشار، درسا حامدی

مرکز تحقیقات عضلانی-اسکلتی، عضو گروه کاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

مقدمه: داشتن شغلی متناسب با توانایی های هر فرد می تواند حس ارزشمندی و مهم بودن را در وی ایجاد نماید. اشتغال افراد با اختلالات روانپزشکی به دلیل وجود مشکلات همراه در مهارت شناختی، مهارت های اجتماعی، بهداشت و مدیریت رفتار فردی، مهارت های سازگاری، حمایت بین فردی و مدیریت علائم، تحت تاثیر قرار می گیرند. کاردرمانگران به عنوان یکی از اجزای تیم درمانی این افراد در انتخاب، حفظ شغل و بازگشت به کار این افراد تاثیر بسزایی دارند. روش: این مطالعه به گونه ای توصیفی به معرفی خدمات کاردرمانی در توانبخشی حرفه ای افراد با اختلالات روانپزشکی مزمن می پردازد. از واژه های کلیدی کاردرمانی، اختلالات روانپزشکی مزمن و توانبخشی حرفه ای برای جستجو در پایگاه های اطلاعاتی PubMed، Google scholar، SID در مقالات موجود بین سال های ۲۰۰۸ الی ۲۰۱۴ استفاده شد. یافته ها: بیماران با اختلالات روانپزشکی مزمن برای داشتن شغل نیازمند آموزش در پیش نیازهایی مانند مهارت های اجتماعی، مهارت های استفاده از ابزار مورد استفاده در شغل و سازگاری در آن هستند. کاردرمانگر با آنالیز دقیق توانمندی ها و ویژگی های عملکردی فرد، آموزش مهارت های ذکر شده، بررسی نیازمندی های اجرایی هر شغل، مشاوره های لازم را در این خصوص به این افراد، خانواده و کارفرمایان آنها ارائه می دهد. کاردرمانگر بر اساس سطح علاقه مندی بیماران، تطابق توانمندی های آنان با ویژگی های شغل مورد نظر به دنبال افزایش رضایتمندی این افراد در انتخاب شغل هستند. بحث و نتیجه گیری: مطالعات نشاندهنده این است که علیرغم داشتن طیف وسیع توانمندی و ناتوانی در بیماران روانپزشکی مزمن، داشتن شغلی مناسب که به دنبال آن کسب درآمد و استقلال باشد می تواند در میزان خودکارآمدی و عزت نفس ایشان تاثیرگذار باشد. مشارکت اجتماعی که بدنبال فعالیت های شغلی ایجاد می شود با افزایش کیفیت زندگی و ایجاد حس ارزشمندی در فرد همراه خواهد بود.

کلمات کلیدی: کاردرمانی، اختلالات روانپزشکی مزمن، توانبخشی حرفه ای



بررسی تغییرات فراوانی تشخیص گذاری اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی نسبت به یکدیگر و نسبت به کل بیماریهای روان پزشکی در سال های ۸۲-۸۶ با سال های ۸۷-۹۱ در بیمارستان رسول اکرم و بیمارستان روان پزشکی ایران

دکتر میرفرهاد قلعه بندی، دکتر حمید رضا مصطفوی، دکتر سارا سلطانزاده، دکتر امین خیرالهی

هدف: اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی، دو تا از شایع ترین اختلالات روانی هستند که توسط سازمان جهانی بهداشت در فهرست ناتوان کننده ترین بیماری ها در کشورهای توسعه یافته قرار گرفته اند. اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی چند عاملی هستند و عوامل متعدد ژنتیکی و محیطی را در این زمینه دخیل می دانند. زمینه ژنتیکی در هر دو اختلال بسیار مهم است و سبب شناسی این دو ممکن است بیشتر از آن چه که قبلاً تصور می شد به هم شبیه باشد. به این ترتیب برخی نشان داده اند که هیچ یک از این دو، اختلال منفرد و جداگانه ای نیستند و شاید یک دسته از نشانه ها بیشتر توسط عوامل ژنتیکی و دسته دیگر توسط عوامل محیطی تعیین شوند. بر اساس برخی پژوهش ها، میزان بروز اسکیزوفرنیا در طول زمان نوسان و افت و خیز داشته و شیوع آن هم به نحو بارزی تغییر کرده است. از طرف دیگر اخیراً افزایش چشمگیر در تعداد تشخیص گذاری اختلال دوقطبی در ویزیت های داخل مطب دیده شده است. با توجه به شواهد ژنتیکی اخیر که نشان می دهند هر دو اختلال ممکن است اساس ژنتیکی مشترکی داشته باشند، احتمال می رود این دو در یک طیف باشند و شاید در مقاطع مختلف رویکردهای تشخیصی متفاوت پزشکان منجر به تغییرات شیوع شده است یا این امر ناشی از تغییرات عوامل خطر محیطی است که باعث بروز بیشتر شکلی خاص از این اساس ژنتیکی مشترک می شود. لذا این مطالعه با هدف بررسی تغییرات فراوانی تشخیص گذاری بیماری اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی در دو بازه زمانی مختلف در دو بیمارستان انجام شد. روش انجام کار: تمامی بیماران بستری در بخش روان پزشکی بیمارستان رسول اکرم و بیمارستان روان پزشکی ایران در طی سال های ۸۲-۹۱ وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل تشخیص های اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی و معیار خروج شامل وجود سابقه وجود بیماری جسمی مرتبط و مصرف مواد طی سال های مذکور بوده است. سپس داده های به دست آمده از پرونده بیماران شامل وجود یا عدم وجود اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی، سن و جنس بیمار، سابقه مصرف مواد و وجود یا عدم وجود بیماری جسمی مرتبط، وارد نرم افزار آماری SPSS 19 شده و تحلیل گردید. نتایج: بر اساس این مطالعه هیچ گونه اختلاف آماری معنی داری بین تشخیص گذاری اختلال دوقطبی طی این دو بازه زمانی پنج ساله وجود نداشته اما درصد فراوانی بیماران بستری با تشخیص گذاری اسکیزوفرنیا در ۵ ساله دوم حدود ۶ درصد افزایش داشته است. طبق این پژوهش بین مصرف مواد مخدر یا محرک و بازه زمانی بستری رابطه‌ی آماری معنادار مشاهده شد ($P < 0.001$). به طوری که بیماران بستری در سال های ۸۷ تا ۹۱ نسبت به بیماران بستری در سال های ۸۲ تا ۸۶، ۱/۵ بار بیشتر از این مواد استفاده کرده بودند ($OR = 1.56$). بین مصرف مواد مخدر یا محرک و تشخیص بیماری (اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنیا) در سال های ۸۲ تا ۸۶ ارتباط آماری معنادار مشاهده شد ($P < 0.001$)

به طوری که ۷۷/۸ درصد (۱۰۱۵ مورد) از مصرف کنندگان مواد مبتلا به اختلال دوقطبی و تنها ۲۲/۲ درصد (۲۸۹ مورد) مبتلا به اسکیزوفرنیا بودند. این ارتباط معنادار در سال‌های ۸۷ تا ۹۱ مشاهده نشد ($P > 0.05$). همچنین بین جنسیت و تشخیص بیماری (اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنیا) ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($P < 0.001$)، به صورتی که ۲۸ درصد از زنان (۸۵۵ نفر) مبتلا به اسکیزوفرنیا و ۷۲ درصد (۲۲۰۴ نفر) مبتلا به اختلال دوقطبی بودند. این مقدار برای مردان به ترتیب ۴۰/۹ درصد (۲۹۹۸ نفر) و ۵۹/۱ درصد (۴۳۴۰ نفر) برآورد شد. بحث و نتیجه گیری: بر اساس یافته های مطالعه ی حاضر فراوانی تشخیص گذاری اختلال دوقطبی، در دو بازه زمانی ۵ ساله اختلاف چندانی نداشته اما تشخیص گذاری اسکیزوفرنیا طی این زمان افزایش داشته است و این امر لزوم بررسی عوامل محیطی دخیل به عنوان عامل آشکارساز و مقایسه آن ها با یکدیگر را ایجاب میکند.

کلمات کلیدی: اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی، شیوع، مصرف مواد در بیماران روان پزشکی



Occupational therapy using a sensory integrative approach for children with developmental disabilities

Saadi Sharifi¹, Mohammad reza Afshar²

1. MSc in Occupational Therapy, Department of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (corresponding author) Saadisharifi64@gmail.com

2. MSc in Speech therapy, Department of Speech Therapy, Faculty of Rehabilitation, Iran University of Medical Sciences. Tehran, Iran

This article provides an introduction and overview of sensory integration theory as it is used in occupational therapy practice for children with developmental disabilities. This review of the theoretical tenets of the theory, its historical foundations, and early research provides the reader with a basis for exploring current uses and applications. The key principles of the sensory integrative approach, including concepts such as “the just right challenge” and “the adaptive response” as conceptualized by A. Jean Ayres, the theory’s founder, are presented to familiarize the reader with the approach. The state of research in this area is presented, including studies underway to further delineate the subtypes of sensory integrative dysfunction, the neurobiological mechanisms of poor sensory processing, advances in theory development, and the development of a fidelity measure for use in intervention studies. Finally, this article reviews the current state of the evidence to support this approach and suggests that consensual knowledge and empirical research are needed to further elucidate the theory and its utility for a variety of children with developmental disabilities. This is especially critical given the public pressure by parents of children with autism and other developmental disabilities to obtain services and who have anecdotally noted the utility of sensory integration therapy for helping their children function more independently. Key limiting factors to research include lack of funding, paucity of doctorate trained clinicians and researchers in occupational therapy, and the inherent heterogeneity of the population of children affected by sensory integrative dysfunction. A call to action for occupational therapy researchers, funding agencies, and other professions is made to support ongoing efforts and to develop initiatives that will lead to better diagnoses and effective intervention for sensory integrative dysfunction, which will improve the lives of children and their families

Key Words: sensory integrative dysfunction; sensory processing, Occupational therapy.

بررسی اپیدمیولوژیک ۴۰۰۰ پرونده بیماران ارجاعی به کلینیک بیماری‌های اعصاب در مرکز شهر شیراز در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۹

دکتر نسرین دانش^۱، زهرا نوری زاده^۲، رقیه سبزواری^۳، الهه قربانپور^۴

۱. گروه روانپزشکی و روانشناسی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی شیراز (نویسنده مسئول)

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

۳. کارشناس ارشد آمار زیستی

۴. کارشناس ارشد آمار زیستی، مدرس دانشکده علمی کاربردی علوم پزشکی واحد کوار

سابقه و هدف: شیوع بیماری‌های مختلف جسمانی و یا روانی در هر جامعه می‌تواند تابع تغییرات اقتصادی-اجتماعی و تاثیر آن‌ها بر سبک زندگی مردم باشد. طی سال‌های اخیر شیوع بسیاری از بیماری‌های شایع در جهان تغییر یافته و الگوی جدید این فراوانی‌ها تغییرات عمده‌ای در سیاست‌های کلان آن جوامع ایجاد نموده است. در ایران نیز تغییرات زیادی از نظر جمعیت و سبک زندگی شهری و یا مهاجرت از روستا به شهر در بافت شهرها ایجاد شده است. هدف از انجام این تحقیق به روز نمودن این اطلاعات با بررسی اپیدمیولوژیک تعداد ۴۰۰۰ پرونده بیماران ارجاعی به یک کلینیک اعصاب و روان در مرکز شهر شیراز و تفکیک تشخیص نهایی ثبت شده در پرونده آنان می‌باشد. مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی- توصیفی با بررسی تعداد ۴۰۰۰ پرونده از بیماران ارجاعی به کلینیک اعصاب و روان در مرکز شهر شیراز طی مدت ۵ سال از سال ۱۳۸۵ تا انتهای نیمه اول سال ۱۳۸۹ از نظر مشخصات فردی مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، تحصیلات و مبدا ارجاع انجام گرفته است و تشخیص نهایی آنان بر اساس مصاحبه بالینی (معیارهای تشخیصی DSM-IV) انجام گرفته است. در موارد تداخل تشخیص، از پرسشنامه‌های استاندارد افسردگی بک، اضطراب هامیلتون و آزمون‌های معتبر هوش و کسلر در بیماران عقب ماندگی، تست MMSE برای غربالگری آلزایمر و فرم بلند MMPI-2 برای تشخیص اختلالات شخصیتی استفاده شده و ارزیابی آماری آن به وسیله نرم افزار SPSS-10 در سطح معنی داری ۰,۰۵ انجام شده است. یافته‌ها: آمار به دست آمده در این پژوهش به شیوع اختلالات روانی در کل جامعه نمی‌پردازد بلکه انواع اختلالات و ویژگی‌های فردی مراجعین را تفکیک می‌سازد که نشان دهنده حداکثر مشارکت در ارجاع برای تشخیص و درمان بیماری‌های روانی از سوی جوانان (میانگین سنی ۲۳/۶)، جنس زن (۵۲٪ مراجعین)، گروه افراد فاقد شغل درآمد ساز (۴۲٪) و افراد متأهل (۵۸٪) است. بیشترین مراجعه اختلالات روانی شامل اختلالات خلقی (۹/۲۳٪)، فرم مختلط اضطراب و افسردگی (۲/۱۷٪)، اختلالات اضطرابی (۴/۸٪) و کمترین مراجعه برای اختلالات خوردن (۴/۰٪) می‌باشد. استنتاج: شیوع اختلالات پسیکوتیک در این مطالعه ۱/۶۴ درصد، اختلالات عصبی - شناختی ۲/۲۲ درصد و اختلالات تجزیه ای ۱/۹۴ درصد بوده است. یافته‌های بدست آمده در این مطالعه هم جهت با یافته‌های جهانی می‌باشد.

کلید واژه: اختلالات روانی، اختلالات پسیکوتیک، اختلالات عصبی، اختلالات قطبی، اختلالات پانیک



بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنیا و دوقطبی ای که در شرایط حاد بیماری نیستند به چه دلایلی به تماس با پزشک خود نیاز دارند؟ مطالعه ی کیفی پیامک های بیماران به پزشک خود

دکتر روح الله صدیق، سمیه آذرنیک، دکتر امیر عباس کشاورز اخلاقی^۱

۱. (نویسنده مسئول) amirabbask@yahoo.com

مقدمه: بیماریهای شدید روانی از یک طرف نیاز زیادی به دسترسی به خدمات روانپزشکی دارند و از طرف دیگر هزینه های مستقیم و غیر مستقیم زیادی برای سیستم بهداشت و درمان ایجاد می کنند. بنابراین یکی از ابعاد توسعه در روانپزشکی، گسترش خدمات ارزان و پاسخگو به نیازهای اساسی بیماران با استفاده از فن آوریهای جدید است. روش: به ۶۰ بیمار مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنیا یا دوقطبی پس از ترخیص از بیمارستان شماره ی تلفن همراه پزشک معالج برای ارسال پیامک داده شد. در یک بازه ی ۱۲ ماهه حدود ۷۰۰ پیامک دریافت شد که به همه ی آنها در عرض کمتر از دو ساعت پاسخ داده می شد. پیامک ها توسط روش تحلیل محتوای کیفی تحلیل شدند. نتایج: نیازهای بیماران به ترتیب فراوانی عبارت بودند از: آموزش درباره ی بیماری و مدیریت آن، اخذ تایید درباره ی تصمیمهای مرتبط با بیماری و ابراز احساسات مثبت و منفی. بحث: از ۳ گروه اصلی نیازهای بیماران دو گروه آن (اخذ تایید درباره ی تصمیم های مرتبط با بیماری و ابراز احساسات مثبت و منفی) نیازهایی هستند که در خدمات معمول روانپزشکی به آنها توجه چندانی نمی شود ولی در مطالعه ی ما جزء مهمی از نیازهای بیماران بودند.

کلمات کلیدی: اسکیزوفرنیا، دوقطبی، اختلالات شدید روانی، پیامک، نیازهای بیماران

خانواده های بیماران مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنیا و دوقطبی به چه دلایلی به تماس با روانپزشک نیاز دارند؟ مطالعه ی کیفی پیامک های خانواده های بیماران به روانپزشک

دکتر امیر عباس کشاورز اخلاقی، سمیه آذرنیک، دکتر روح الله صدیق^۱

۱. (نویسنده مسئول) ruohollahseddigh@gmail.com

مقدمه: بیماریهای شدید روانی از یک طرف نیاز زیادی به دسترسی به خدمات روانپزشکی دارند و از طرف دیگر هزینه های مستقیم و غیر مستقیم زیادی برای سیستم بهداشت و درمان ایجاد می کنند. مطالعات متعددی نیز نشان می دهند که این اختلالات فشار زیادی بر خانواده ها وارد می کنند. بنابراین یکی از ابعاد توسعه در روانپزشکی، گسترش خدمات ارزان و پاسخگو به نیازهای اساسی خانواده های این بیماران با استفاده از فن آوری های جدید است. روش: به ۶۰ خانواده ی بیمار مبتلا به اختلالات اسکیزوفرنیا یا دوقطبی پس از ترخیص از بیمارستان شماره ی تلفن همراه پزشک معالج برای ارسال پیامک داده شد. در یک بازه ی ۱۲ ماهه حدود ۶۰۰ پیامک دریافت شد که به همه ی آنها در عرض کمتر از دو ساعت پاسخ داده می شد. پیامک ها توسط روش تحلیل محتوای کیفی تحلیل شدند. نتایج: نیازهای خانواده های بیماران به ترتیب فراوانی عبارت بودند از: آموزش درباره ی بیماری و مدیریت آن، حمایت شدن در بحران ها، اخذ تایید درباره ی تصمیم های مرتبط با بیماری و ابراز احساسات مثبت و منفی. بحث: از ۴ گروه اصلی نیازهای خانواده ها سه گروه حمایت شدن در بحران ها، اخذ تایید درباره ی تصمیم های مرتبط با بیماری و ابراز احساسات مثبت و منفی نیازهایی هستند که با آموزشهای زمان ترخیص که به طور معمول در بیمارستانهای روانپزشکی انجام می شوند برآورده نمی شوند و در واقع اشاره به جنبه های همدلانه ی درمان که باید مداوم نیز باشند اشاره دارند.

کلمات کلیدی: اسکیزوفرنیا، دوقطبی، اختلالات شدید روانی، پیامک، نیازهای خانواده



یک مطالعه هم گروهی بزرگ از نگرش مردم شهر مشهد درباره تاثیر مصرف الکل بر مشکلات شایع سلامت

دکتر مژگان امینی^۱، حمید خسروجردی

۱. روانپزشک، مرکز تحقیقات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد (نویسنده مسئول)

مقدمه: الگوی مصرف الکل در ایران با دیگر کشورها متفاوت است. عقاید مذهبی، میزان دسترسی و نیز قوانین جاری به وضوح بر نگرش مردم نسبت به مصرف الکل تاثیر گذار بوده است. در این مطالعه نگرش جامعه شناختی نسبت به تاثیرات الکل در بیماریهای مختلف شایع در مردم مشهد به نقد آماری در آمده است. روش: یک صد و چهل و سه بنگاه املاک در سطح مشهد به صورت اتفاقی شناسایی و به هر کدام یک جعبه حاوی ۲۰۰ فرم داده شد که هر کدام از مراجعین صرف نظر از سن و جنس به صورت آزاد برگه ای از آن را پر نموده و در جعبه دیگری می گذاشتند. هیچ یک از برگه ها به لحاظ ظاهری و یا محتوایی قابل شناسایی نبودند و جعبه دوم مهر و موم شده و قابل باز کردن نبوده است. نظر افراد درباره اثر الکل بر ۱۰ عامل دیابت، پرفشاری خون، تمرکز، تفکر، حافظه، عملکرد جنسی، بیماریهای عروقی مغز، هضم غذا، چاقی و میزان چربی خون مورد ارزیابی قرار گرفته شد. نظرات در چهار مقیاس به ترتیب خیلی بد نمره ۱، بد نمره ۲، خوب نمره ۳ و خیلی خوب نمره ۴ نمره دهی شدند. نتایج: در کل ۸۷۶۸ نفر که اکثریت آنها مرد (۸۹٪) بودند مورد نظرسنجی قرار گرفتند. متوسط سنی ۳۸ سال بود (انحراف از معیار، حداقل و حداکثر سن به ترتیب: ۹- ۲۴ - ۶۵). از بین مصرف کنندگان ۲٪ در هفته گذشته، ۲۲٪ در ماه گذشته، ۴۳٪ در سال اخیر و ۳۴٪ در سال قبل الکل مصرف کرده بودند. ۵۰٪ الکل دست ساز، ۱۰٪ محصولات کارخانه و بقیه نیز از هر دو نوع استفاده میکردند. مشخص شد که مردم به طور متوسط اعتقاد دارند که مصرف الکل تاثیر منفی بر فرآیند تفکر (میانگین (انحراف معیار) نمره: (۱,۳) (۰,۵))، حافظه (۱,۶) (۰,۶))، فشارخون نمره (۱,۶) (۰,۵)) و چاقی (۱,۸) (۰,۷)) دارد. در مقابل معتقد بودند که مصرف الکل اثرات مثبتی بر فعالیت جنسی (۲,۶) (۱)) و هضم غذا (۲,۶) (۰,۹)) دارد. همچنین مردان باور مثبت تری در مورد اثر الکل بر هاضمه (۰,۰۰۱ < P)، تفکر (۰,۰۰۱ < P)، چاقی (۰,۰۰۱ < P)، جنسیت (۰,۰۰۷ = P) و چاقی (P = ۰,۰۲۲) و نگرش کمتر مثبتی نسبت به اثر الکل بر پرفشاری خون (۰,۰۲۶ = P) و توجه (P < ۰,۰۰۱) نسبت به خانمها داشتند. بحث: با توجه به نتایج فوق و مغایرت آن نگرش مردم در مقایسه با یافته های علمی، لزوم اهمیت آموزش مردم در مورد اثرات منفی استفاده از الکل بر سلامت پررنگ میشود. این اقدامات پیشگیری باید بر زیرجمعیت هایی خصوصا مردان متمرکز شود.

کلمات کلیدی: الکل، سلامت، نگرش

مقایسه هوش و عزت نفس دختران فراری با دختران عادی

دکتر بهرام میرزائیان^۱، ملیحه طالبی امری^۲

۱. دکترای روان شناسی عمومی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری
۲. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، روان شناس دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه علوم پزشکی مازندران

مقدمه و اهداف: فرار از خانه مقوله ای تلخ و گزنده بوده و در واقع نوعی فریاد کمک خواهی از جامعه می باشد. همچنین از جمله عوامل مهمی است که امنیت اجتماعی جامعه را به مخاطره می اندازد. این پدیده معلول شبکه پیچیده ای از عوامل موثر روانی - اجتماعی است. به نظر میرسد برخی ویژگی های روانی این افراد بر ترک از خانه آنها تأثیر می گذارد. ادریس ۲۰۱۲؛ کشاورز، اکبرزاده و کیمیایی ۲۰۱۲؛ سایویک و ادینبورگ ۲۰۱۰؛ دمن ۲۰۰۰؛ والف ۱۹۹۹؛ نوف ۱۹۸۷ و حسینیان ۱۳۸۴ در پژوهش های خود ابراز داشتند که نوجوانان فراری از احساس عدم امنیت و عزت نفس پایین رنج می برند. پژوهش حاضر به منظور بررسی هوش و عزت نفس دختران فراری ساکن در مراکز اورژانس اجتماعی و مقایسه آن با دختران عادی ساری و گرگان انجام گرفته است. روش اجرا: آزمون های هنجار شده هوش ریون و عزت نفس کوپراسمیت با روایی تایید شده ۰/۷۱ و پایایی ۰/۷ تا ۰/۹ بر روی ۳۲ نفر نمونه مورد نظر اجرا شد و با دختران عادی که در خانواده های خود می زیستند مقایسه گردید. جهت آزمون فرضیه های پژوهش از «آزمون تی مستقل» استفاده شده است. نتایج: میانگین هوشبهر دختران فراری ۸۹/۳۸ و عادی ۱۱۲/۲۳ و میانگین عزت نفس دختران فراری ۲۱/۶۱ و عادی ۳۵ بوده است. بر اساس اطلاعات حاصل از تجزیه و تحلیل، نتایج زیر بدست آمد: ۱- میانگین هوش دختران فراری از هوش دختران عادی کمتر است. ۲- دختران فراری نسبت به دختران عادی از عزت نفس پایین تری برخوردارند. بحث و نتیجه گیری: نوجوانان به دلیل عزت نفس پایین و پایین بودن هوشبهر، تنها راه حل مشکلات را فرار از منزل می یابند. توجه داشته باشیم که این افراد بد نیستند، فقط به دلیل فشارهای زندگی تصمیم بدی اتخاذ کرده اند. با توجه به نقش خانواده و مدرسه در رشد بهره هوشی و عزت نفس کودکان و نوجوانان می توان با آموزش شیوه های صحیح تربیتی به والدین، آموزش مهارت های اجتماعی و زندگی به نوجوانان و از طرفی دیگر با تدوین قوانین مناسب حمایتی با ضمانت اجرایی، نوجوانان را در برابر آسیب های اجتماعی مصون نگهداشت. مشارکت بین خانواده ها، مدارس، پلیس و بهزیستی در این زمینه مشکل گشا خواهد بود.

کلمات کلیدی: دختران فراری، هوشبهر، عزت نفس، آسیب اجتماعی



تاثیر برنامه درمانی بخشش بر ارتقاء همدلی و کاهش انگیزه های انتقام جویانه و اجتنابی نوجوانان پسر بزهکار

مریم اسدی^۱، دکتر فرامرز سهرابی^۲، دکتر احمد برجعلی^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی maryam_asadi61@yahoo.com

۲. دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی

۳. دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی

هدف این پژوهش تعیین تاثیر برنامه درمانی بخشش بر ارتقاء همدلی و کاهش انگیزه های انتقام جویانه و اجتنابی نوجوانان پسر بزهکار کانون اصلاح و تربیت تهران است. روش مطالعه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون بود. از میان تمامی بزهکاران پسر در بند کانون اصلاح و تربیت ۲۴ نفر که درگیر مسئله بخشش بودند به شیوه تصادفی ساده انتخاب و به گروه های آزمایش و کنترل گمارده شدند که سرانجام در هر گروه ۱۲ نفر قرار گرفتند. ابزار های پژوهش پرسشنامه صفات همدلی باتسون (۱۹۹۱) و پرسشنامه انگیزه های بین فردی مرتبط با آسیب (TRIM-۱۲) بود. برنامه درمانی بخشش در هشت جلسه یک ساعته در گروه آزمایش اجرا شد. ولی گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. یافته های بدست آمده از آزمون تی مستقل نشان دادند که همدلی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته است و انگیزه های اجتنابی و انتقام جویانه ی آنها به صورت معناداری کاهش یافته است. می توان نتیجه گرفت که برنامه درمانی بخشش به عنوان روش موثری در افزایش همدلی و کاهش انگیزه های انتقام جویانه و اجتنابی به کار بست.

کلید واژه ها: همدلی، انگیزه های انتقام جویانه و اجتنابی، برنامه درمانی بخشش، نوجوانان پسر بزهکار

تبیین جامعه شناختی سلامت روان

پریخ امامی^۱، مرجان زرنندی^۲

۱. دانشجوی دکترای جامعه شناسی فرهنگی parirokh.emami@gmail.com

۲. دانشجوی دکترای جامعه شناسی فرهنگی

سلامت یکی از شروط ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است و فقدان آن علاوه بر رنج فرد در زندگی شخصی، موجب می گردد که وی قادر به ایفای نقشهای اجتماعی خود نباشد و جامعه در سازماندهی خود دچار مشکل خواهد شد. یکی از مهمترین ابعاد سلامتی، سلامت روان بوده که به عنوان یکی از ملاک های تعیین کننده برجستگی افراد در نظر گرفته می شود. هر چند که سلامت روان بخش عمده ای از سلامت را تشکیل می دهد و معیاری برای سلامت فردی می باشد اما این اصطلاح از جامعه ای به جامعه ای دیگر و از فرهنگی به فرهنگ دیگر و حتی از فرد به فردی دیگر متفاوت است. در جهان امروز از نگرش تک بعدی به موضوع سلامت اجتناب شده و تاثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی و الگوهای زندگی به عنوان یکی از مولفه های تاثیر گذار در سلامت روان پذیرفته شده است. با توجه به این که سبک زندگی به عنوان پدیده چند بعدی به الگوهای جمعی رفتار مربوط می شود و با توجه به تغییرات سریع این الگوها، مسئله اساسی این است که سلامت روان در حال حاضر در شهرها تا چه حد تحت تاثیر الگوهای سبک زندگی بوده و نقش سبک زندگی در تامین سلامت روانی تا چه اندازه است؟ بدین منظور از میان کلیه ی شهروندان شهر اصفهان تعداد ۲۵۰ نفر به شیوه ی خوشه ای تصادفی انتخاب شده و پرسشنامه سلامت روان و سوالات مربوط به سبک زندگی را پاسخ دادند به طور کلی سطح سلامت روان در میان پاسخگویان متوسط می باشد. سبک زندگی نیمه سستی (۵۳ درصد پاسخگویان) و اوقات فراغت درون خانگی گزارش شده است. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان می دهد که بین سبک زندگی و سلامت روان شهروندان اصفهان در سطح ۹۵ درصد اطمینان، رابطه معنی داری از لحاظ آماری وجود دارد ($p=0/018$).

کلمات کلیدی: سبک زندگی، سلامت روان، الگوهای زندگی، شهرنشینی



بررسی انواع مزاحمت های جنسی در اجتماع و رابطه آن با میزان پذیرش هنجارهای جنسیتی و حضور در اماکن عمومی: مطالعه موردی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز

دکتر نجف طهماسبی پور^۱، دکتر عبدالمحمد طاهری^۲، معصومه صادقی کهمینه^۳

۱. استاد یار دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی تهران

۲. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، گروه علوم تربیتی، شیراز، ایران

۳. کارشناس ارشد مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز

قربانی شدن و آزار زنان توسط مردان یکی از تبعات نابرابری بین زن و مرد است که عوارض ناشی از آن مشکلات فراوانی را برای جامعه ایجاد می‌کند. یکی از انواع آزار و اذیت‌هایی که زنان در جوامع مختلف به اشکال متفاوت با آن مواجه هستند «مزاحمت‌های خیابانی»^۱ یا «مزاحمت جنسی در اجتماع»^۲ است که شامل رفتارهای کلامی و غیرکلامی مثل سوت زدن، چشمک زدن، چشم‌چرانی کردن، نیشگون گرفتن، لمس کردن بدن، هو کردن و اظهارات خیابانی^۳ (متلک گفتن) می‌شوند. اظهارات خیابانی معمولاً ماهیت جنسی دارند و اظهار نظرهایی هستند درباره‌ی ظاهر فیزیکی زن و یا حضورش در اماکن عمومی.

پژوهش حاضر، که با استفاده از تکنیک پیمایش بر روی یک نمونه ی ۳۶۹ نفری از دانشجویان دختر دانشگاه آزاد شیراز که از طریق نمونه‌گیری طبقه بندی انتخاب شده‌اند انجام شده است، به منظور بررسی تجربه زنان از انواع مزاحمت جنسی در عرصه عمومی و رابطه آن با میزان پذیرش هنجارهای جنسیتی و حضور در اماکن عمومی صورت گرفته و نتایج حاصل از رگرسیون گام به گام حاکی از این است که دو متغیر حضور در اماکن عمومی و میزان پذیرش هنجارهای جنسیتی بیشترین تاثیر را بر میزان تجربه‌ی مزاحمت جنسی دارند.

واژگان کلیدی: مزاحمت جنسی در اجتماع، پذیرش هنجارهای جنسیتی، حضور در اماکن عمومی، زنان

1- Street Harassment

2- Sexual Harassments in Society

3- Street Remarks

فرسودگی شغلی یا فشارهای روانی محل کار و راههای مقابله با آن

دکتر یوسف فکور

روانپزشک و عضو هیئت علمی وزارت بهداشت

مقدمه: کار کردن رفتاری اجتماعی است که احساس شادکامی، عزت نفس، استقلال، تامین معاش، توان روانی تعامل با جامعه را به همراه دارد و یکی از شاخصه های مهم سلامت روان است. اما گاهی انسان شاغل از کار و محیط آن خسته شده و به دنبال راه چاره و گریز میگردد لذا استرس واقعیتهای ناخواسته در محیط کاری افراد است. مطالعات نشان داده اند که فشارهای روانی محل کار یکی از عوامل کاهش کارایی سازمان ها شناخته می شود. ترک غیر قانونی محل کار، مرخصی های استحقاقی مکرر و استعلاجی واقعی و صوری، در خواست از کار افتادگی و بازنشستگی پیش از موعد عمدتاً معلول استرس ها، فرسودگی و نارضایتی شغلی افراد است. بر اساس آمارهای اعلام شده درصد قابل توجهی از پرستاران و پزشکان دچار انواع ناراحتی های روانی و جسمی هستند. فشار روانی به عوامل متعددی بستگی دارد. افراد بر اساس میزان توانمندی و سطح آسیب پذیری روانی خود، سطوح هورمونی و نوروترانسمیتری، داشتن بیماریهای جسمی و روانی مستعد استرس می شوند یا گاهی تحت تاثیر عوامل بیرونی از جمله عوامل فیزیکی، شیمیایی، عوامل محیطی، عوامل بیولوژیکی، عوامل ارگونومیکی و عوامل مربوط به ایمنی یا مدیریت نا صحیح مدیران سازمان ها استرس پیدا می کنند. استرس از طریق درک محرک درونی یا بیرونی، تجزیه و تحلیل شناختی در مغز و متعاقباً از مسیر عصبی ایمنی هورمونی منجر به تحریک هیپو تالاموس و افزایش ترشح CRF و تاثیر بر هیپوفیز و افزایش ترشح ACTH و تاثیر آن بر آدرنال و ترشح کورتیزول و بدنبال آن تحریک سیستم سمپاتیک و ترشح نور اپی نفرین در مغز شده که تغییر در سیستم ایمنی و افزایش نوروپپتیدها و نوروهورمون ها و نهایتاً ایجاد آسیب در جسم و روان فرد می گردد. این آسیب ها علاوه بر عوارض جسمی و روانی برای فرد، عوارض اجتماعی از جمله در اختلال در تعاملات اجتماعی، سلامت جسمی و روانی افراد جامعه، آسیب اقتصاد و امنیت و ثبات در جامعه را به همراه دارد. این مقاله ضمن بررسی پژوهش های انجام شده در زمینه فشارهای روانی محل کار و با در نظر گرفتن راههای مقابله با آن راه کارهایی علمی برای کنترل آن با تاکید بر روشهای شناختی از جمله تغییر شناختی استفاده از مکانیسم های دفاعی پخته و همچنین روش های رفتاری و الگوهای عملی موثر غیر کلینیکی مهار استرس مانند روش ملیندا اسمیت را ارائه می کند. این الگوها نه تنها می تواند منجر به بهبود زندگی فردی بلکه زندگی اجتماعی وی شده و محیط کاری فرد را تحت تاثیر قرار می دهد.

کلید واژه ها: استرس، فشار روانی، فشارهای روانی محل کار، مدیریت استرس



رابطه میزان حضور در شبکه های اجتماعی، فشار روانی ادراک شده، مشکلات خواب و فشارخون در دانشجویان: مطالعه موردی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه گیلان در ایام امتحان پایان نیمسال

ایرج شاکری نیا

استادیار گروه روان شناسی دانشگاه گیلان، دانشکده علوم انسانی، گروه روان شناسی
irajeshakerinia@guilan.ac.ir

مقدمه: هدف از این تحقیق بررسی رابطه میزان حضور در شبکه های اجتماعی، فشار روانی ادراک شده، مشکلات خواب و فشارخون در دانشجویان بود. روش: برای انجام این تحقیق از دانشجویان دانشگاه گیلان (۱۲۵ دختر و ۱۰۸ پسر) در ایام امتحان پایان نیمسال خواسته شد که پرسشنامه های اختلال خواب علی محمدی، دادخواه، مظفری و مولایی، ۱۳۸۸؛ مقیاس فشارروانی ادراک شده کوهن و همکاران، ۱۹۸۳ را در کنار پرسشنامه جمعیت شناختی تکمیل کنند، همچنین میزان فشار خون دانشجویان توسط فشار سنج دیجیتال اندازه گیری شد. داده ها توسط نرم افزار spss نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج: نتیجه بررسی نشان داد که بین دانشجویان دختر و پسر مورد بررسی به لحاظ میزان حضور در شبکه های اجتماعی، احساس فشار روانی، مشکلات خواب و فشارخون تفاوت معنی دار وجود ندارد. بین میزان حضور در شبکه های اجتماعی، احساس فشار روانی، مشکلات خواب و فشارخون دانشجویان (دختر و پسر) مورد بررسی رابطه معنی دار وجود دارد. همچنین برای پیش بینی فشار خون دیاستولی دانشجویان پسر و دختر مشارکت کننده در تحقیق از روی میزان حضور در شبکه های اجتماعی، فشار روانی ادراک شده و مشکلات خواب آنها، تحلیل رگرسیون به شیوه گام به گام نشان داد که برای پسران دانشجوی مشارکت کننده در پژوهش، فشار روانی ادراک شده منفی توانسته است با ضریب تعیین ۰/۱۲۶، میزان فشار خون این دانشجویان را پیش بینی کند؛ این ضریب برای دانشجویان دختر ۰/۱۰۲ بوده است. بحث: با توجه به نتیجه تحقیق، ضمن انجام تلاش بیشتر برای آگاه کردن دانشجویان از آسیب های پیدا و پنهان (جسمانی، روانی و اجتماعی) فشارهای روانی، پیشنهاد می شود به گونه ای برنامه ریزی شود تا مهارت های متناسب مقابله فشارهای روانی در دانشجویان رشد و پرورش داده شود.

واژه های کلیدی: شبکه های اجتماعی، فشار روانی ادراک شده، مشکلات خواب و فشارخون دیاستولی

رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی با رضایت زناشویی در بین کارکنان مرکز بهداشت شهرستان اسلام آبادغرب سال ۹۳-۱۳۹۲

علی احمدیان^۱، زهرا سلگی^۲، زهرا احمدیان^۳، مجید عیدی بایگی^۴

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مدرس دانشگاه پیام نور اسلام آباد غرب (نویسنده مسئول)

ali.ahmadian65@yahoo.com

۲. استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور zahrasolgi22@yahoo.com

۳. کارشناس روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور zahra_ahmadean@yahoo.com

۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت حیدریه majid_eydi@yahoo.com

مقدمه: رضایت مندی زناشویی مهم ترین مولفه ازدواج است. به نظر می رسد سلامت روان و کیفیت زندگی به عنوان مولفه ای از ویژگی های فردی، با رضایت مندی زناشویی ارتباط دارد. و همچنین محیط کار یکی از عواملی است که در زندگی زناشویی و سلامت روان زوجین تاثیر بسزایی دارد. از این رو هدف این پژوهش بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی با رضایت زناشویی در بین کارکنان مرکز بهداشت می باشد. روش: پژوهش حاضر، پژوهشی توصیفی و از نوع همبستگی می باشد. روش نمونه گیری از نوع تصادفی ساده می باشد. برای انجام این پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۷۲) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (۱۹۸۹) استفاده شد. تعداد ۱۵۰ پرسشنامه توسط محققان جمع آوری شد که پس از بازبینی و تصحیح پرسشنامه های ناقص ۱۳۹ پرسشنامه نهایی انتخاب شدند و سپس تحلیل آماری بر روی داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 16 انجام شد. نتایج و بحث: نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بین سلامت روان با رضایت زناشویی رابطه مثبت وجود دارد ($r=0.915$). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی و رضایت زناشویی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد ($r=0.951$). بنابراین فرض وجود رابطه بین سلامت روان و کیفیت زندگی با رضایت زناشویی با بیش از ۹۹ درصد اطمینان تایید می شود. همچنین یافته های تحقیق حاکی از آن است که بین سطح تحصیلات و رضایت زناشویی کارکنان رابطه معنی داری وجود دارد.

کلمات کلیدی: سلامت روان، کیفیت زندگی، رضایت زناشویی

