روانپزشک
نشریه انجمن روانپزشکان استان اصفهان
فصلنامه / بهار و تابستان ۱۳۸۸

این نشریه به طور رایگان برای جامعه روانپزشکی کشور ارسال می گردد.
شماره دریافت پیامک های شما: ۰۹۳۶۱۹۱۱۷۲۸
آدرس خبرنامه: اصفهان- خیابان استانداری- بیمارستان نور کلینیک روانپزشکی کودک و نوجوان-دفتر خبرنامه انجمن روانپزشکی

انجمن علمی روانپزشکان ایران
شاخه اصفهان

هیأت مدیره انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان

رئیس: دکتر مرتضی واعظی
نایب رئیس: دکتر حمید افشار زنجانی
دبیر و مسئول خبرنامه: دکتر سید محمد مسعود ازهر
خزانه دار: دکتر غلامرضا بارانی
بازرس: دکتر ویکتوریا عمرانی فرد
مسئول روابط عمومی: دکتر صفا مقصودلو
اعضاء علی البدل: دکتر مریم رضایی، دکتر محمدرضا نیلی پور طباطبایی
دبیر اجرایی خبرنامه: سیما جنتیان
مدیر اجرایی و امور آگهی ها:
مهندس مجید مختاری ۷۳۳۷-۳۱۹-۰۹۱۳
تایپ: محمد علی احمدی
گرافیک: آذر ابدالی

با تشکر از همکاران این شماره:

صفا مقصودلو، مرتضی واعظی، حسین یقینی، سیما جنتیان، حمید افشار، سید مهدی حسن زاده، ناهید گرامیان، علی عباسعلی زاده، سید غفور موسوی، شهلا استکی، مجید برکتین، کتایون شفیعی، غلامرضا بارانی، سعید عباسپور، غلامحسین احمدزاده

- جامعه روانپزشکی حیطه وسیعی را شامل می شود؛ کسانی که خود را عضو آن می دانند بدانند که خبرنامه مشتاق هرگونه مشارکت ایشان است.
- برای انتقادات، پیشنهادات، خاطرات، نظرات و نوشته های شما همیشه جایی در خبرنامه وجود دارد.

خیالِ خامِ پلنگِ من به سوی ماه جهیدن بود
و ماه را ز بلندایش، به رویِ خاک کشیدن بود
پلنگِ من - دل مغرورم - پرید و پنجه به خالی زد
که عشق - ماهِ بلندِ من - ورای دست رسیدن بود
گل شکفته! خداحافظ... اگرچه لحظه دیدارت
شروع وسوسه ای در من، به نام دیدن و چیدن بود
من و تو آن دو خطیم آری، موازیان به ناچاری
که هر دو باورمان ز آغاز، به یکدگر نرسیدن بود
اگرچه هیچ گل مرده دوباره زنده نشد، اما
بهار در گل شیپوری مدام گرم دمیدن بود
شراب خواستم و عمرم شرنگ ریخت به کام من
فریب کار دغل پیشه، بهانه اش نشنیدن بود
چه سرنوشت غم انگیزی... که کرم کوچک ابریشم
تمام عمر قفس می بافت ولی به فکر پریدن بود
حسین منزوی

فهرست مطالب

سخن آغازین ۲
به یاد همکار ارجمند دکتر لئون داویدیان ۳
گزارش جلسه رؤسای انجمن ۴
گزارش دید و بازدید نوروزی ۵
دکتر حسین یقینی خالق پوستر روز پزشک ۶
سومین همایش بین المللی اختلالات سایکوسوماتیک ۸
گزارشی از نخستین سمینار ملی مطالعه رفتارهای خودکشی ۹
گزارش بهداشت روان ۱۰
سخنی با شما ۱۱
اعلام تعرفه بخش خصوصی ۱۳۸۸ .... ۱۱
پیشنهادات معاونت سلامت وزارت بهداشت ۱۲
گزارشی از استاندارد سازی اورژانس روانپزشکی ۱۴
صحنه هایی از بگومگوی همسران ۱۷
خلاصه طرحها ۲۰
معرفی کتاب ۲۱
قوانین سازمان نظام وظیفه عمومی ۲۷
مجله علمی- پژوهشی تحقیقات علوم رفتاری ۲۷
عمو زنجیرباف ۲۸
ویژه نامه نوروز ۸۸ انجمن تهران ۳۰
برنامه بازآموزیهای مدون ۳۲

سخن آغازین

مسئول خبرنامه- دکتر سید محمد مسعود ازهر

سالها قبل در مجله فکاهی «توفیق» کاریکاتوری بود از یک زن متمول که داشت لباس پاره ای را به دختر گدا می بخشید و دختر گدا می گفت: خودم پاره ترش را دارم زحمت نکشید. این را نوشتم از آن جهت که یکی از اساتیدم پیغام داده بود «به ازهر بگوئید اینقدر اراجیف داخل این مجله ننویسد!» و من همچون آن استاد همام می دانم که شأن چنین نشریه ای بسیار بالاتر از بضاعت نوشته های من است. امید است خوانندگان که هم صاحب اصلی این نشریه هستند و هم صاحب اندیشه، دستی بتکانند و قطره ای به لبان تشنه مجله بچکانند و گوشه چشمی به ما کنند.

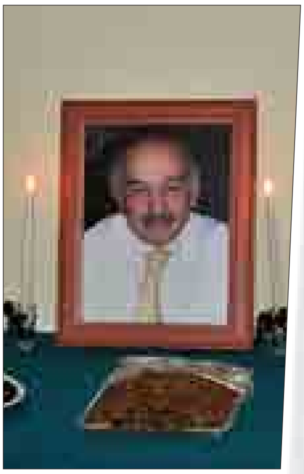
پدر گرامیم نامه ای چند صفحه ای محبت فرموده بودند و به اصول نوشتن و مجله داری و برخی نکات روح بخش برای خبرنامه اشاره کرده بودند که با سپاس فراوان از ایشان سعی در بکارگیری آن کرده ام، تا چه در نظر افتد. این شماره تبریک روز پزشک را به همراه دارد. وقتی سخن از گرامیداشت پزشک است از مرارتها و تلاش مردمانی تجلیل می شود که عمر خویش را در راه کسب علم و بکارگیری آن در معالجه آلام دیگران وقف کرده اند و من نه به حجم دانش بشر در زمینه طب می نگرم که نسبت به آیندگان ذره ای بیش نیست بلکه به حجم عظیم گفته هایی می اندیشم که پزشکان و درمانگران با صبر و حوصله از بیمارانشان شنیده اند و شنونده همدلی بوده اند تا مرهمی باشند بر دل ریشی.

روز پزشک بر همه همکاران گرامی باد

به یاد همکار ارجمند زنده یاد دکتر لئون داویدیان

دکتر مرتضی واعظی
رئیس انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

پرواز نیمه تمام هواپیما به سمت ارمنستان موجب شد همکاری ارزنده را از دست بدهیم. عکسهایی که ملاحظه می کنید بزرگداشت اوست در بیمارستان طالقانی تهران، همانجا که سالها با شور و عشق پذیرای دستیاران، دانشجویان و بیماران بود.



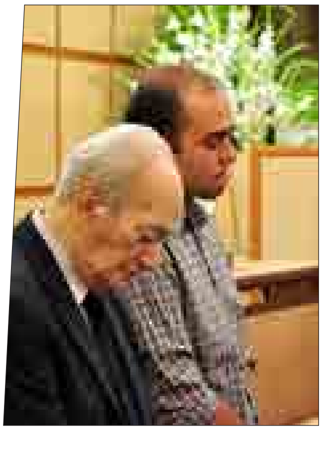
اولین بار که او را دیدم و با هم آشنا شدیم ۳۰ سال قبل بود. زمانی که او برای گذراندن دوره تخصص روانپزشکی به انگلستان آمده بود و در بیمارستان موزلی کارش را آغاز نمود. شبی به اتفاق ۲ نفر دیگر از همکاران که آنها نیز همراه با لئون مشغول گذراندن دوره تخصصی بودند برای گردش شبانه با کشتی بر روی رودخانه تایمز لندن رفتیم و آن شب فرصت کافی بود که دکتر لئون داویدیان را بشناسم و با او صحبت کنم. کلامش بسیار گیرا بود. هر صحبتی که داشت کاملاً منطقی و بسیار جدی بود. وطنش را خیلی دوست داشت و می گفت: «دلم می خواهد هر چه زودتر تخصصم را بگیرم و به ایران بازگردم. هموطنانم را دوست دارم و دلم می خواهد که به آنها کمک کنم و در حد توانم صادقانه به آنها خدمت نمایم». با همین نیت بود که او توانست کمتر از ۳ سال دوره تخصص روانپزشکی را تمام نماید و با اخذ درجه تخصص به ایران بازگشته و در دانشگاه مشغول تدریس شود. بعد از ظهرها در مطب مشغول طبابت بود و هرگاه بیماری برای او می فرستادیم با میل و رغبت بیمار را می پذیرفت. حتی اگر لازم می شد خارج از نوبت بیمار را ویزیت می نمود و شنیدم که گفته بود وقتی همکاری برای من بیمار می فرستد، این وظیفه من است که بیمار را بپذیرم.

وقتی آخرین بار او را در کنگره روانپزشکی سال گذشته دیدم باز هم با حسن اخلاقی که داشت صمیمانه با هم احوالپرسی کردیم. آمده بود که هم در کنگره حضوری فعال داشته باشد و هم در بزرگداشت استاد ارجمند جناب آقای دکتر هاراطون داویدیان شرکت نماید. دکتر لئون داویدیان یک فرهیخته کم نظیر بود. افسوس که او را خیلی زود از دست دادیم.

یادش بخیر و خاطرش جاویدان باد.

یادش گرامی باد

دکتر صفا مقصودلو
عضو هیئت مدیره انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان



اولین زمزمه های روانپزشکی در شروع دوره دستیاری ام را با کلام آرام و موقر او شروع کردم. این اولین باری بود که بعنوان دستیار روانپزشکی می خواستم بیمار را به استادم معرفی کنم. بیمارستان طالقانی تهران، اتاق مصاحبه و استارژها و انترن هایی که گرداگرد اتاق نشسته بودند. خیلی اضطراب داشتم. از ترسم شرح حال چندین صفحه ای با جزئیات کامل از بیمارم تهیه کرده بودم.

دکتر لئون داویدیان با ظاهری آرام و موقر وارد اتاق شد. نامم را پرسید و به من خوشامد گفت. شرح حالی را که کوتاهتر از قصه هزار و یکشب نبود! برایش خواندم. با حوصله و بدون اینکه کلامم را قطع کند همه را گوش کرد. خودم دیگر خسته شده بودم ولی او هیچ نمی گفت و صبورانه گوش می داد. وقتی تمام شد ضمن اینکه بسیار از دقت در اخذ شرح حال و وقتی که گذاشته بودم تشکر کرد ولی بعد خندید و گفت: نترس. از این به بعد کمتر هم قبول است! بیمار معرفی شده که دچار حمله ی مانیای سایکوتیک بود وارد اتاق شد. ظاهر دکتر را که بسیار تمیز و شیک پوش بودند برانداز کرد، سپس رو به همه ما کرد و گفت: «دیدید گفتم من ونسان ونگوگ معروف هستم. از کشورهای اروپایی آمده اند تا با من مصاحبه کنند» و به دکتر داویدیان گفت: «بفرمائید آقا. من آماده مصاحبه و فیلمبرداری هستم. لطفاً شروع کنید» استاد به او لبخندی زد و برای اولین بار نحوه برخورد با هذیانهای بزرگ منشی را در بیمار به من آموخت. روحش شاد و یادش گرامی باد.

گزارش جلسه رؤسای انجمن های علمی روانپزشکان ایران

دکتر صفا مقصودلو
عضو هیئت مدیره انجمن علمی روانپزشکان شاخه اصفهان

جلسه روسای شاخه انجمن های علمی روانپزشکان ایران با شرکت نمایند گانی ازشاخه های استانهای مختلف در تاریخ ۸۸/۱/۲۰ در سالن اجتماعات دکتر غرضی دربیمارستان میلادبر گزار گردید.

دراین جلسه آقای دکتر جلیلی ریاست انجمن روانپزشکان ایران، آقای دکتر مظاهری، آقای دکتر صادقی، آقای دکتر بوالهری از انجمن تهران، آقای دکتر رئیسی از انجمن گلستان، آقای دکتر جوهری از انجمن اهواز، آقای دکتر خزائی از انجمن کرمانشاه، آقای دکتر نابدل از انجمن تبریز، آقای دکتر عبدالهی از انجمن کرج، آقای دکتر رشتی از انجمن یزد، خانم دکتر نخجوانی از انجمن خراسان شرکت داشتند. اینجانب نیز به نیابت از آقای دکتر واعظی ریاست انجمن اصفهان در این جلسه شرکت داشتم.

در ابتدای جلسه آقای دکتر جلیلی ضمن خوش آمد گویی و تبریک سال جدید از نمایند گان انجمنها درخواست نمودند که گزارش انجمن شاخه مربوطه را در سال گذشته بفرمایند. آقای دکتر اول از همه از شاخه اصفهان شروع کردند (به ترتیب حروف الفبا) و بنده توضیحات مبسوطی رادرخصوص برگزاری برنامه های بازآموزی مدون روانپزشکی، چاپ خبرنامه، ارتباط با همکاران و شرکتهای دارویی و ضیافت افطاری خانوادگی و... ارائه نمودم. جناب دکتر جلیلی فرمودند خانم دکتر فعالیتهایی را ذکر کردند که ما نمی توانیم بعضی از آنها را ببینیم ولی آن قسمتی که قابل ارزیابی می باشد گواه است که براستی شاخه اصفهان از شاخه های فعال می باشد.

سپس هریک از شاخه ها گزارشهایی را فرمودند و به مطالبی اشاره کردند که به برخی از آنان می پردازیم. دکتر عبدالهی از شاخه کرج به لزوم رسیدگی به کار هیپنوتراپیست ها و مراکز ترک اعتیاد زیر نظر پزشکان غیر روانپزشک پرداختند. دکتر مظاهری از شاخه تهران در مورد برنامه های مدون و کنفرانسهای ماهیانه روانپزشکی توضیحاتی دادند، از افزایش تعداد شرکت کنند گان و استقبال روانپزشکان از برنامه های علمی اظهار خشنودی کردند.

آقای دکتر جوهری از اهواز درخصوص مشکلات روانپزشکی قانونی در اهواز و خطراتی که برای روانپزشکان این استان درپی داشته صحبت فرمودند و درصدد هستند درسال آینده همکاری دادگستری و انجمن روانپزشکان را گسترش دهند تا روانپزشکان بطور انفرادی دچار مشکل نشوند. همچنین تأکید کردند که لازم است روانپزشکان و خانوادهایشان در تمام سطوح (استاد و رزیدنت و....) اجتماعاتی داشته باشند که این خود نوعی گروه درمانی برای روانپزشکان و دانش آموختگان این رشته می باشد. پس از آن آقای دکتر نابدل در خصوص برگزاری بازآموزیهای مدون روانپزشکی و گردهمایی های خانواد گی روانپزشکی در تبریز سخنانی راایراد فرمودند.

نمایند گان انجمن کرمانشاه نیز بر تشکیل کمیته اعتیاد در زیر کمیته انجمن روانپزشکی تأکید فرمودند که در این زمینه آقای دکتر مظاهری اعلام کردند که پیشنهاد این کمیته به آقای دکتر مکری داده شده ولی هنوز بطور رسمی این کمیته شروع به کار نکرده است.

پیرامون همین موضوع آقای دکتر جلیلی به ذکر این موضوع پرداختند که در جلسه وزارت بهداشت با حضور معاونت بهداشت در خصوص کلینیک های ترک اعتیاد و MMT و لزوم نظارت روانپزشکان بر کار این کلینیک ها، وزیر بهداشت خاطرنشان کردند که اعتیاد یک امر فراگیر است و نمی توان انتظار داشت و بر این موضوع پافشاری کرد که فقط روانپزشکان متولی این کار باشند و ما نمی توانیم معطل روانپزشکان باشیم! و باید از سایر پزشکان هم کمک بگیریم.

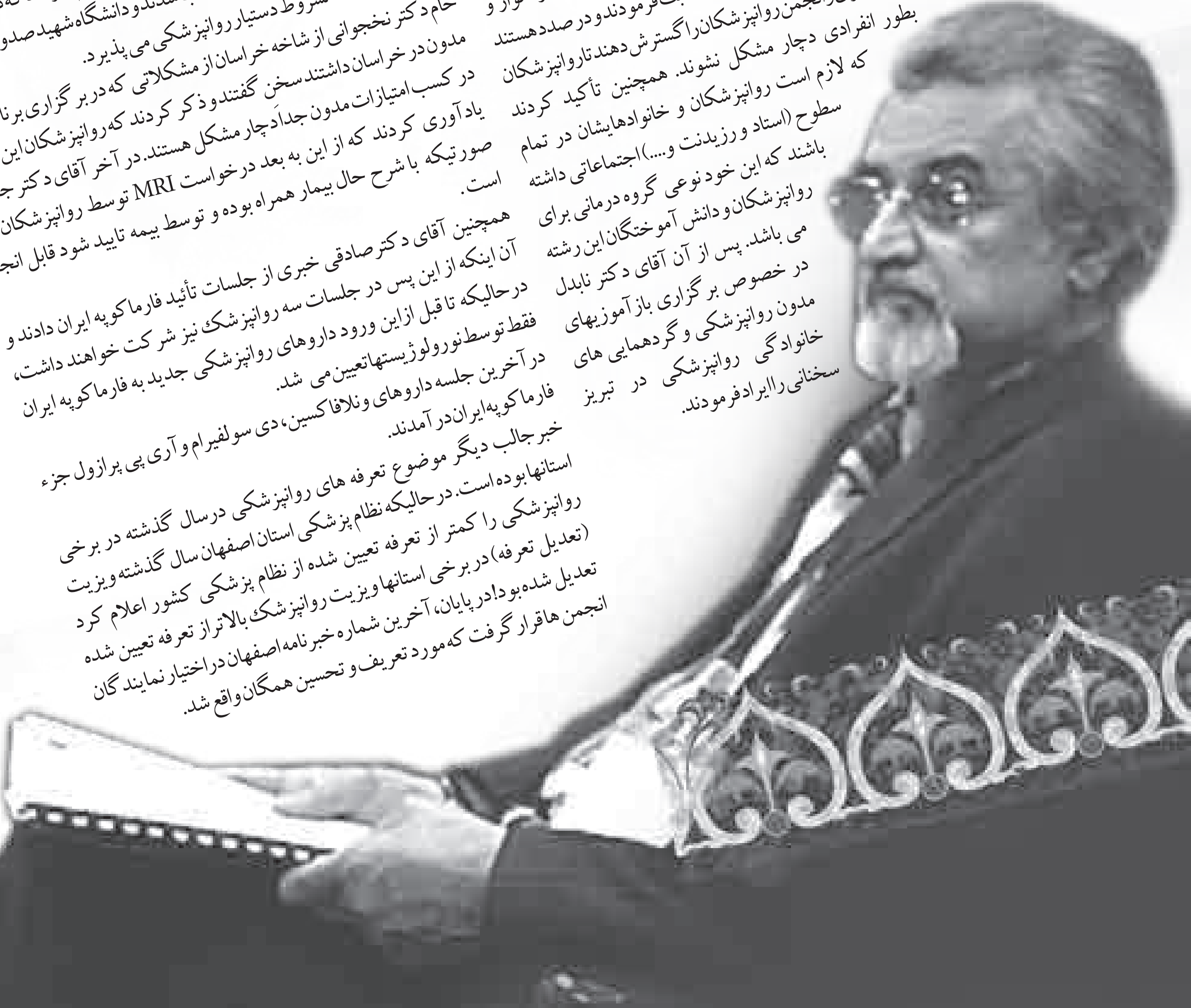
آقای دکتر رشتی از انجمن روانپزشکان شاخه یزد اعلام کردند که در انتخابات اخیر یزد همان هیئت مدیره قبلی انتخاب شدند و دانشگاه شهید صدوقی یزد نیز از امسال بصورت مشروط دستیار روانپزشکی می پذیرد.

خام دکتر نخجوانی از شاخه خراسان از مشکلاتی که در برگزاری برنامه های مدون در خراسان داشتند سخن گفتند و ذکر کردند که روانپزشکان این استان در کسب امتیازات مدون جداً دچار مشکل هستند. در آخر آقای دکتر جلیلی یادآوری کردند که از این به بعد درخواست MRI توسط روانپزشکان در صورتیکه با شرح حال بیمار همراه بوده و توسط بیمه تایید شود قابل انجام است.

همچنین آقای دکتر صادقی خبری از جلسات تأئید فارماکوپه ایران دادند و آن اینکه از این پس در جلسات سه روانپزشک نیز شرکت خواهند داشت، درحالیکه تا قبل ازاین ورود داروهای روانپزشکی جدید به فارماکوپه ایران فقط توسط نورولوژیستها تعیین می شد.

درآخرین جلسه داروهای ونلافاکسین، دی سولفیرام و آری پی پرازول جزء فارماکوپه ایران درآمدند.

خبر جالب دیگر موضوع تعرفه های روانپزشکی درسال گذشته در برخی استانها بوده است. درحالیکه نظام پزشکی استان اصفهان سال گذشته ویزیت روانپزشکی را کمتر از تعرفه تعیین شده از نظام پزشکی کشور اعلام کرد (تعدیل تعرفه) در برخی استانها ویزیت روانپزشک بالاتر از تعرفه تعیین شده تعدیل شده بود! در پایان، آخرین شماره خبرنامه اصفهان در اختیار نمایند گان انجمن ها قرار گرفت که مورد تعریف و تحسین همگان واقع شد.



گزارش دید و بازدید نوروزی خانواده روانپزشکی ایران

دکترصفا مقصودلو، عضو هیئت مدیره انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

ساعت ۶ بعدازظهر بیستم فروردین سال هشتاد و هشت سالن اجتماعات دکتر غرضی در بیمارستان میلاد مملو از روانپزشکان از سراسر ایران و خانواده های آنان بود.

براستی که تجدید دیدار با اساتید که سالها در حضور آنان علم آموختیم و دیدار دوستان و همکلاسی های دوران دستیاری و تجدید خاطرات تلخ و شیرین آن دوران بسیار لذت بخش است.

بعد از پذیرایی عصرانه همه در سالن جمع شدند و مراسم دید و بازدید با شروع تلاوت آیاتی از کلام الله مجید شروع شد پس از آن آقای دکتر جلیلی در حالیکه خبرنامه انجمن اصفهان را در دست داشتند پشت میکروفن رفتند و فرمودند برای تشکر از انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان که از شاخه های فعال بوده و در چاپ خبرنامه بسیار با ذوق و سلیقه هستند ما با خواندن شعری از فریدون مشیری که در ابتدای این خبرنامه آمده نوروز را به همه تبریک می گویم سپس شعر را با صدای رسا و بسیار با احساس خواندند که مورد تشویق همگان قرار گرفت.

پس از آن آقای دکتر گودرزی گزارش مفصلی از کنگره جهانی روانپزشکان که در فروردین امسال در فلورانس ایتالیا برگزار شده بود دادند. محور سخنان ایشان بر روی وسواس و درمانهای جدید آن در این کنگره بود.

آقای دکتر جلیلی نیز در این کنگره با عکسهایی زیبا از طبیعت، فرهنگ و مردم ایران به معرفی کشور ایران پرداخته بودند برای خودمان هم بسیار جالب و تحسین برانگیز بود. همچنین باخبر شدیم که آقای دکتر جلیلی بعنوان نماینده منطقه آسیا انتخاب شدند. آقای دکتر محقق در مورد نوروز و حکمت هفت سین و مراسم قبل از نوروز توضیحات بسیار جالبی فرمودند که براستی جای فرزندانمان برای شنیدن آنها خالی بود. پس از آن موسیقی سنتی ایران با هنرنمایی اساتید برجسته موسیقی برگزار شد و فضایی گرم و صمیمی را در محیط این مهمانی ایجاد کرد. شرکت نوارتیس اسپانسر این برنامه بود. این شرکت داروسازی با پذیرایی عصرانه و شام مفصل پذیرای روانپزشکان و خانواده های آنان بود. در طول برنامه شرکت نوارتیس با ارائه پوستر، بروشور و هدایای زیبایی خاطره این روز و شب را در ذهن جامعه روانپزشکان کشور بیاد ماندنی تر نمود.

مصاحبه با آقای دکتر حسین یقینی

سیما جنتیان

به مناسبت همزمانی چاپ این شماره خبرنامه با روز پزشک، فرصت را مغتنم شمردیم و با آقای دکتر حسین یقینی طراح پوستر روز پزشک گپی زدیم.

دکتر حسین یقینی متولد سال ۱۳۲۲ داروساز، معمار و نقاش برجسته ای است که از لحظه ورود به منزل ایشان در دنیای هنر غرق می شویم. منزل مسکونی ایشان، هنر معماری سنتی اصفهان را که با عشق درآمیخته است به زیبایی نمایش می دهد. طراح و سازنده این بنا شخص دکتر یقینی می باشد. هشتی وسط خانه با حوض کوچک فواره دار آن بیننده را به سالها قبل می برد. تمام درها و پنجره های خانه ساخته و پرداخته دستان هنرمند و توانمند دکتر یقینی است. در و پنجره ها با شیشه های رنگی به فضای خانه حال و هوای خاصی داده است. درهای دست ساز خانه با شیشه های رنگی سبک قدیم اصفهان، همگی از هنر گره چینی چوب است.

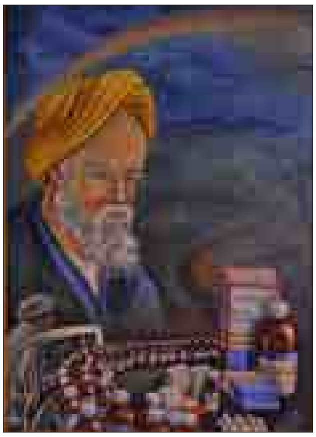
دکتر یقینی روی اثر ضد تورمی شنبلیله (آنتی فلاماتوری شنبلیله) کار کرده و عصاره آبی که از همه عصاره های آن گیاه بهتر جواب می دهد را برای اولین بار به دنیا معرفی نمود. اثر ضد قند این گیاه همزمان با تحقیقات دکتر یقینی توسط پروفسور احمد در هندوستان مورد مطالعه قرار گرفت و اثر ضد فشار خون آن هم سالها بعد مطالعه شد.

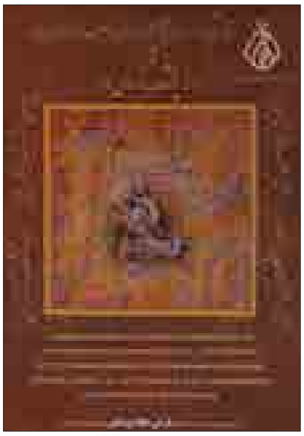
زندگی دکتر یقینی دو بخش مجزا از هم دارد. یک بخش علمی و در آمدی که داروسازی و پزشکی است و یک بخش مخصوص دل که شامل نقاشی، عکاسی، صنایع دستی، مانند هنرهای چوب، آینه بری و شیشه بری است که ایشان آن را با عشق و دلشان انجام می دهند.

تابلوهای چشم نواز آبرنگ در جای جای خانه به چشم می خورد. دکتر یقینی نقاشی را از کودکی با رسم یکسری خطوط نامتجانس کودکانه شروع نمود. کم کم با مدادرنگی و در دبیرستان به صورت جدی تر به نقاشی پرداخت. آقای نصر معلم نقاشی ایشان رنگ و روغن را به ایشان آموزش داد. دکتر یقینی شخصاً رنگهای روغنی مورد مصرف تابلوهای خود را می ساختند و نقاشی می کشیدند.

استاد پرواند نهاپتیان نقاشی با آبرنگ را به دکتر یقینی آموخت. سبک کار دکتر یقینی برگرفته از مکتب همان استاد می باشد که البته مرحوم پرواند در مصاحبه ای عنوان نمود که دکتر یقینی سبک وی را صاحب شده است و هنر آبرنگ را از همه شاگردان وی بهتر درک نموده است.

دکتر یقینی هر روز در راه دبستان از مسجد جامع عباسی واقع در میدان نقش جهان عبور می کرد. موقع رفت و برگشت با دیدن سازندگان و مرمت کاران هنرهای معماری سنتی روبرو بود. بنابر این هنر کاشی تراشی، معماری و انواع هنرهای مربوطه که با مرمت بناهای تاریخی اصفهان در این مسجد انجام می گرفت در اندیشه وی جایگاه ویژه ای یافت و به هنر معماری علاقمند شد. سالها بعد تصمیم به ساخت یک خانه سنتی در مکتب اصفهان گرفت، او با تلاش جهت همگون و قابل استفاده کردن این بنا با زندگی روزانه توانست این هماهنگی را ایجاد کند و سبک جدیدی در معماری قدیم و جدید اصفهان ایجاد نماید که هم در این منزل بتوان





راحت زندگی کرده و با مقدورات امروزی هماهنگ باشد و هم معماری سنتی زیبای اصفهان در آن جلوه گر گردد. بنابراین یک قسمت آن را برای دل خود و یک قسمت را برای خانواده ساخت.

او علاوه بر کارهای هنری طراحی، گرافیستی، هنر های چوب، هنر آینه بری و شیشه بری ، حجم سازی، عکاسی و موسیقی، نقاشی روی بوم و نقاشی روی دیوار را هم از جوانی آغاز کرده است.

از کارهای دیوار نگاری او بیشتر مکتب هنر قاجار را شامل می شود که رنگ قرمز در آن جلوه و جایگاه خاصی دارد. نمونه ای از اینگونه آثار در سالن دانشکده داروسازی دانشگاه اصفهان دیده می شود. در تالار برخی خانه های شخصی هم کارهایی از وی یافت می شود. پیچکهای تاک، پرندگان گوناگون و گلهای رنگارنگ همراه با نقشهای اسلیمی و تزئینی در هم آمیخته و نقشی خاص و بومی را بوجود آورده است. آمیزه ای از طبیعت و تخیل که شور و شوق درونی او را نشان می دهد در سراسر آثار وی مشهود می باشد.

آقای دکتر یقینی عکاس حرفه ای است. از جمله کارهای او آلبومی است که حرفه های از یاد رفته اصفهان را زنده می نماید. از اساتید عکاسی او می توان به نیکول فریدنی که از عکاسان بنام دنیاست نام برد که با همکاری او کتاب بزرگ اصفهان تهیه گردیده است.

از آثار دیگر ایشان طرح آرم دانشگاه اصفهان برگرفته از مسجد جامع اصفهان در ایوان صاحب بن عباد است که دو کلمه دانشگاه و اصفهان به آن اضافه شده و برای همبستگی دو سرچنگ یک ترنج اضافه کرده است. این هنر بوسیله طلا و آینه سفید و رنگی در سالن دانشکده داروسازی توسط ایشان ساخته و پرداخته شده است. آینه هایی که در این آرم به کار گرفته شده دو رنگ سفید و آبی است، رنگ آبی را از جیوه کردن شیشه در آزمایشگاه دانشکده تولید نموده است.

دکتر یقینی غیر از آرم دانشگاه اصفهان، کارهای گرافیکی بسیاری انجام داده است از جمله آنها آرم نظام پزشکی، آرم نظام پزشکی اصفهان، آرم درمانگران اصفهان و بسیاری دیگر...

آرم نظام پزشکی اصفهان از ۴ واژه بوجود آمده که عبارتند از : سازمان- نظام- پزشکی- اصفهان که با خط معقلی درمکتب خط اصفهان طراحی گردیده است. وی پوسترهایی را در زمینه داروسازی و پزشکی تقدیم دنیای علم و هنر کرده است. از جمله آنها می توان دو پوستر از دانشمند پزشک و داروساز شرف الملک حجت الحق شیخ الرئیس ابوعلی حسین بن عبدالله علی بن سینا الحکیم الوزیر الدستور معروف به ابن سینا، و داروساز و دانشمند بزرگ دیگری بنام ابوبکر محمد بن زکریای رازی نام برد.

به خاطر بزرگداشت این دو ابر مرد تاریخ پزشکی و داروسازی سنتی اسلامی ایران دو روز از شهریور ماه را که زادروز هر کدام بوده پزشکان و داروسازان ایران گرامی می دارند. دکتر یقینی به مناسبت اول شهریور زادروز شیخ الرئیس روز پزشک، و پنجم شهریور زادروز زکریای رازی روز داروساز پوستر روز پزشک با تصویر ابوعلی سینا و پوستر روز داروساز با تصویر رازی طراحی نموده است.

در یکی از کنگره های فرامرزی پزشکی که در اصفهان به عنوان کنگره مسائل رایج طبی و جراحی کودکان، در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شد، آبرنگی از صورت استاد دکتر محمد قریب پدر پزشکی کودکان ایران با آرم اصفهان توسط ایشان ساخته و در دسترس افراد کنگره فوق الذکر قرار داده شد (۱۸ تا ۲۳ اردیبهشت ۱۳۸۷).

از کارهای ساخته شده دست دکتر یقینی در رابطه با موضوعات و چهره های شاخص پزشکی به صورت پوستر، آثار بسیاری موجود می باشد که تعدادی از آنها در این خبرنامه به نمایش در آمده است.

دکتر یقینی در موقع افسردگی به جای استفاده از آرامبخش، در میدان نقش جهان خود را در معماری اسلامی رها می کند و پس از گشت و گذاری در آن مکان با روحیه ای شاد به زندگی باز می گردد.

سومین همایش بین المللی اختلالات سایکوسوماتیک (طب روان تنی)

۸-۶ آبان ماه ۱۳۸۸

دکتر حمید افشار- دبیر همایش

گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان افتخار دارند با همکاری مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی داخل و خارج کشور سومین همایش بین المللی اختلالات سایکوسوماتیک (روان تنی) را به مدت سه روز از تاریخ ششم لغایت هشتم آبان ماه ۱۳۸۸ برگزار نمایند. هدف از برگزاری این همایش علاوه بر مباحث قبلی بر طب روان تنی، تاکید بر اهمیت و نقش روانپزشکی مشاوره- رابط (CLP) در بیماریهای طبی است. امید است این همایش بستر مناسب برای تبادل نظر متخصصان و صاحب نظران رشته های مختلف پزشکی را فراهم آورد و در راستای بهبود و ارتقاء سلامت جامعه مفید باشد. این همایش بر اساس تفاهم نامه منعقد شده بین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه بن آلمان برگزار می شود. از اساتید، پژوهشگران، دانش پژوهان و متخصصان رشته های مختلف پزشکی، علوم پزشکی، علوم پایه، توانبخشی، روانشناسی، روانپرستاری و سایر علاقمندان دعوت به عمل می آید مقالات تحقیقی و مروری خود را در راستای محورهای این همایش در قالب سخنرانی و یا پوستر، حداکثر تا تاریخ ۸۸/۵/۳۰ منحصراً به صورت Online به آدرس اینترنتی مقابل ارسال نمایند: www.seminars.mui.ac.ir/psm3

عناوین مورد بحث در همایش

بیماریهای روان تنی

نقش استرس در ببیماریهای روان تنی

نقش بیماریهای روانپزشکی (افسردگی، اضطراب، ترس ها) در سندرم های روان تنی

مشکلات و چالش های موجود در کار بالینی – فرسودگی شغلی

نقش جنسیت در بیماریهای روان تنی

جنبه های اجتماعی و بین فرهنگی در بیماریهای روان تنی

روان پرشکی مشاور- رابط CLP

اهداف روانپزشکی رابط

همه گیر شناسی اختلالات روانپزشکی در بیماریهای طبی

اصول و ضرورت های درخواست مشاوره روانپزشکی

مصاحبه، تشخیص، درمانها و پی گیری بیماران در چهارچوب روانپزشکی مشاور – رابط

علائم جسمی در بیماریهای طبی

هم بودی بیماریهای طبی – روانپزشکی

مشکلات هیجانی در بخش های طبی و نقش گروههای حمایتی

مدیریت بیماران خودکشی کننده در بیمارستانهای عمومی

مدیریت بیماران مهاجم و پرخاشگر در بیمارستانهای عمومی

مدیریت بیماران غیر همکار در بیمارستانهای عمومی

مداخلات روانشناختی و درد در بیماریهای مزمن

مداخلات روانشناختی و تغییر در سبک زندگی بیماریهای مزمن

روشهای مداخله روانشناختی و سازگاری با بیماریهای مزمن

تاثیر بیماریهای مزمن بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی

این همایش برای کلیه رشته های مشمول بازآموزی، درخواست امتیاز نموده است که پس از تصویب متعاقباً اعلام خواهد شد.

هزینه ثبت نام شرکت در همایش

ثبت نام برای کلیه شرکت کنندگان محترم (دارندگان مقاله، اعضای هیئت علمی و ...) الزامی است.

وجه ثبت نام برای شرکت در همایش ۱۵۰/۰۰۰ ریال می باشد.

در صورت تمایل به استفاده از ناهار (دو روز) لازم است مبلغ ۷۵/۰۰۰ ریال به وجه ثبت نام اضافه شود.

برنامه و هزینه کارگاههای آموزشی همایش در فراخوان بعدی اعلام می گردد.

توجه: خواهشمند است وجه ثبت نام را به حساب جاری شماره ۹۰۰۰۵۱۲ بانک رفاه کارگران شعبه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان کد ۷۳۶ واریز نموده اصل فیش را به آدرس دبیرخانه همایش با پست ارسال و فتوکپی فیش را در زمان شرکت در همایش به همراه داشته باشید.

مرکز برگزاری همایشهای علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

آدرس دبیرخانه همایش: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، حوزه معاونت پژوهشی- صندوق پستی: ۳۱۹-۸۱۷۴۵

تلفن: ۲-۷۹۲۳۰۸۱-۰۳۱۱ دورنگار: ۶۶۸۷۸۹۸-۰۳۱۱

آدرس اینترنتی همایش جهت ثبت نام و ارسال خلاصه مقاله:

www.seminars.mui.ac.ir/psm3

دکتر سید مهدی حسن زاده ، دبیر علمی سمینار

گزارشی از نخستین سمینار ملی مطالعه رفتارهای خودکشی و راهکارهای پیشگیری از آن در ایران

نخستین سمینار ملی مطالعه رفتارهای خودکشی و راهکارهای پیشگیری از آن در ایران که به همت کمیته پیشگیری از خودکشی گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران و با همکاری دانشگاه ها و موسسات مختلف کشور سازمان دهی شده بود در روزهای سوم و چهارم اسفند ماه ۱۳۸۷ در مرکز همایشهای رازی در تهران برگزار شد.

در آغاز ریاست دانشگاه علوم پزشکی ایران سمینار را افتتاح نموده و بعنوان نخستین سخنران علمی مقاله خود را ارائه نمودند، سپس وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی در مورد وضعیت خودکشی در کشور و اهمیت آموزش دانشجویان پزشکی، کاهش دسترسی به ابزار مهلک، بالا بردن سطح مهارت های زندگی در افراد پرخطر بخصوص در استانهای با نرخ بالای خودکشی تاکید نمودند.

سمینار دو روز و در دو سالن همزمان و دو میزگرد و چهار کارگاه جنبی با استقبال کم نظیر علاقه مندان برگزار شد.

خبرگزاریها و رادیو سلامت و شبکه های یک و چهار سیما پوشش خبری سمینار را عهده دار بودند.

از حدود ۱۷۰ مقاله ارسالی ۶۹ مقاله به شکل سخنرانی و ۳۱ مقاله به شکل پوستر ارائه شد.

مرکز تحقیقغات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان چاپ کتاب چکیده مقالات سمینار را به شکلی زیبا و در شمارگان ۱۰۰۰ انجام داد.

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه شرکت بسیار فعالی در سمینار داشت.

در مراسم اختتامیه مقالات برتر توسط گروه داوران حاضر در سمینار به ترتیب زیر معرفی شدند:

نفر اول آقای دکتر علیرضا احمدی از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

نفر دوم خانم دکتر میترا حکیم شوشتری از دانشگاه علوم پزشکی ایران.

نفر سوم خانم دکتر نیلوفر خواجه الدین از دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز.

مسئولان سمینار قصد دارند سمینار بعدی را انشاالله دو سال دیگر در سطح بین المللی در تهران برگزار کنند، بدینوسیله از هم اکنون همکاران عزیز را دعوت به پژوهش در موارد زیر می نماییم تا انشاالله با ارائه مقالات پربار بتوانیم جایگاه نخست را در پژوهش های مرتبط با خودکشی در EMRO به نام ایران ثبت کنیم:

تاثیر خودکشی بر خانواده ها

مطالعات مداخله ای در پیشگیری از خودکشی

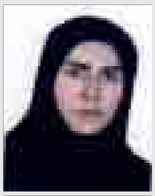
پیشگیری از خودکشی در دانشگاه ها و مدارس

پیشگیری افراد اقدام کننده به خودکشی

کاربرد DBT در بیماران Borderline

ادغام برنامه های پیشگیری از خودکشی در PHC

گزارش عملکرد سه ماهه اول سال ۱۳۸۸ واحد سلامت روان استان اصفهان


دکتر ناهید گرامیان، کارشناس مسئول واحد سلامت روان، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر علی عباسعلی زاده، مشاور علمی برنامه سلامت روان

در راستای تحقق اهداف و فعالیتهای سلامت روان در جامعه و ارتقاء دانش، نگرش و عملکرد گروههای مختلف هدف و کارشناسان و پزشکان سطح سه بهداشت روان واحد سلامت روان در سه ماهه اول سال ۸۸ از جمله اقدام به فعالیتهای زیر نموده است.

۱- پخش پنج قسمت فیلم آموزشی : در هفته سلامت پنج قسمت فیلم آموزشی با عناوین گذراندن اوقات خوش در خانواده، کمروئی کودکان – حل مسائل روزمره ی زندگی – مسئولیت پذیری و درغگویی همسران از شبکه اصفهان پخش گردید.

۲- برگزاری کارگاه حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا : کارگاه حمایتهای روانی اجتماعی در بلایا در تاریخ ۱۴ و ۸۷/۲/۱۵ به مدت دو روز با حضور کارشناسان سلامت روان و پزشکان سطح سه بهداشت روان استان اصفهان، کارشناسان مرکز مشاوره و معاونت دانشجویی – فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی برگزار گردید. هدف از برگزاری این کارگاه آشنایی تیم سلامت روان استان با مداخلات لازم در زمان بلایا می باشد.

۳- توزیع متن و آموزش حمایتهای روانی اجتماعی بلایا ویژه بهورزان و برنامه ریزی برای آموزش این گروه: متن آموزشی حمایتهای اجتماعی روانی در بلایا ویژه بهورزان به هر یک از شهرستانها ارسال گردید و توصیه شد که برگزاری کلاسها هر چه سریعتر صورت گرفته و گزارش آموزشها در اسرع وقت به مرکز بهداشت استان ارسال گردد.

۴- توزیع پیک سلامت : تعداد ۲۰۰۰ پیک سلامت شماره ۵ با موضوع هماهنگی والدین در تعلیم و تربیت کودک جهت استفاده مربیان و مشاوران آموزش و پرورش در گروههای هدف به رابط آموزشی آموزش و پرورش تحویل گردید.

۵- برنامه ریزی برای کلاس اختلالات شایع روانپزشکی و سایکوفارماکولوژی برای پزشکان عمومی شهرستان فریدن: به منظور افزایش آگاهی پزشکان عمومی شاغل در شهرستان فریدن و با توجه به نتایج نیازسنجی، برنامه ریزی جهت آموزش این گروه از پزشکان صورت گرفت.

۶- چاپ متون آموزشی در ماهنامه ذوب آهن : جهت افزایش آگاهی و اطلاع رسانی به کارکنان ذوب آهن و خانواده های آنها و با هماهنگی انجام شده و اعلام نیاز آن سازمان در نظر گرفته شد که هر ماه یک موضوع آموزشی در زمینه بهداشت روان از طریق واحد سلامت روان جهت چاپ در ماهنامه ذوب آهن ارسال گردد. که این اقدام از خرداد ماه شروع گردید.

۷- تهیه ابزار پایش فعالیتهای تیم سلامت روان : به منظور پایش فعالیتهای تیم سلامت روان اعم از بهورز – کاردان- کارشناس و پزشک خانواده و پزشک دوره دیده چک لیست هایی توسط واحد سلامت روان استان تهیه گردید و به هر یک از شهرستانها ارسال گردید تا از این به بعد در پایشهای خود از این چک لیستها در جهت ارزشیابی فعالیت پرسنل مورد نظر استفاده کنند رتبه بندی شهرستانها در زمینه فعالیتها سلامت روان در آخر سال بر اساس همین چک لیست ها انجام خواهد گردید.

۸- اجرای طرح care after بیماران با هماهنگی گروه روانپزشکی بیمارستان خورشید : اجرای طرح مراقبت پس از ترخیص بیماران روانپزشکی به صورت پایلوت در بیمارستان خورشید انجام می گیرد. هدف از این طرح بررسی میزان تأثیر مراقبتهای پس از ترخیص در جلوگیری از عود بیماریها می باشد

۹- گزارش خودکشی در روستای قصر چم شهرضا و مداخلات صورت گرفته در این روستا :

با توجه به بروز سه موردخود کشی طی دو ماه- از بهمن ۸۷ تا فروردین ۸۸، در روستای قصر چم شهرضا اقدامات مداخله ای توسط واحد سلامت روان صورت گرفت که به شرح زیر می باشد :

تشکیل کمیته مداخله در بحران.

حضور مشاور علمی برنامه های سلامت روان استان در منطقه.

برگزاری جلسه ای با حضور تیم سلامت روان شهرستان شهرضا و برنامه ریزی جهت پیگیری و رفع مشکل

افزایش آموزش مهارتهای زندگی در روستای قصر چم.

ارجاع افراد در معرض خطر در این روستا به کلینیک بهداشت روان کسایی در شهرستان شهرضا.

برگزاری جلسه آموزش ویژه عموم مردم با حضور حاج آقا نوروزی.

اجرای طرح تحقیقاتی مشترک با مرکز تحقیقات علوم رفتاری در این زمینه.

۱۰- برگزای کلاس مهارت های زندگی جهت پرسنل پرستاری بیمارستان الزهرا.

سخنی با شما

دکتر مرتضی واعظی، رئیس هیئت مدیره انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

آخرین سال دوره هیئت مدیره انجمن علمی روانپزشکان شاخه ی اصفهان در حال طی شدن می باشد و در آخرین ماههای امسال انتخابات مجدد هیئت مدیره برگزار خواهد شد.
آیا هیئت مدیره فعلی توانسته است از شما همکاران ارجمند نمره قبولی بگیرد؟ در یک قضاوت عادلانه خیر. زیرا آنقدر حیطه ی فعالیت هیئت مدیره انجمن ها زیاد است که هر آنچه تلاش کنند باز هم نخواهند توانست تمام وظایف خود را انجام دهند. لذا این من و شما هستیم که اگر توانایی در خود احساس می کنیم قدم به جلو گذاشته و با کاندید شدن جهت هیئت مدیره جدید این انجمن را یاری کنیم تا با دست بدست هم دادن همچنانکه تا کنون انجمن توانسته در بین سایر شاخه های انجمن شاخص باشد، باز هم بتواند فراتر از پیش فعالیتهای چشمگیری داشته باشد. روانپزشکان جوان که نیرویی مضاعف نسبت به پیشکسوتان روانپزشک دارند بجاست که برای کاندید شدن پیش قدم شوند. انجمن نیاز به نیروی جوان دارد تا با همت روانپزشکان جوان، علاقمند و توانا در دوره ی بعدی فعالیتهای چشمگیرتری انجام گیرد. لازم است از همکاری تمام اعضاء انجمن قدردانی نموده و در ضمن از تک تک اعضاء هیئت مدیره فعلی نیز بخاطر زحماتشان تشکر نموده و سپاسگزاری نمایم. به امید آنکه این بار انتخابات پرشوری داشته باشیم و شاهد تعدد کاندیداها یک رقابت خوب بین آنها باشیم.

سازمان نظام پزشکی، از انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان خواسته است تا اسامی روانپزشکان برگزیده را اعلام نماید. هیئت مدیره انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان سرکار خانم دکتر کتایون شفیعی، آقای دکتر یعقوب سپهری و آقای دکتر غلامحسین احمد زاده را به عنوان روانپزشکان برگزیده اعلام نموده است.

کلامی در رابطه با تعرفه ها

دکتر مرتضی واعظی، رئیس انجمن روانپزشکان شاخه اصفهان

طبق قانون مجلس شورای اسلامی تعیین تعرفه های بخش خصوصی بر عهده سازمان نظام پزشکی می باشد و شورای عالی نظام پزشکی در تهران هر ساله پس از تعیین تعرفه ها، آن را به سازمانهای نظام پزشکی شهرستانها اعلام می نمود و آنها می توانستند تعرفه ها را تعدیل نمایند و این عمل در سازمان نظام پزشکی اصفهان در سالهای گذشته انجام می شد و البته هر ساله مورد اعتراض قرار می گرفت.
امسال انجمن های مختلف در جلسات متعدد با اعضاء هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی اصفهان مصرانه خواستار آن شدند که این تعدیل در اصفهان انجام نگیرد و هیئت مدیره انجمن علمی روانپزشکان نیز فعالانه در این امر مشارکت داشت و قبل از تصویب تعرفه ها، نامه ای به ریاست نظام پزشکی نوشته شد که در تصمیم شورا بی اثر نبود. انجمن علمی روانپزشکان مراتب سپاس خود را بابت توجه هیئت مدیره نظام پزشکی اصفهان نسبت به درخواست انجمن ها و عدم تعدیل تعرفه ۸۸ اعلام می دارد. لازم به ذکر است تعرفه روانپزشکان فوق تخصصی کودکان نیز با مکاتباتی که انجمن انجام داد مورد توجه قرار گرفت و تعرفه ۸۸ این همکاران، سیزده هزار تومان تعیین گردید.

تعرفه خدمات در بخش خصوصی

نوع خدمات سرپایی	سقف تعرفه ای تعیین شده شورای هماهنگی نظام پزشکی استان اصفهان ۱۳۸۸ (ریال)	حداقل زمان ویزیت اول (دقیقه)
پزشک و دندانپزشک عمومی	۶۰/۰۰۰	۱۵
پزشک و دندانپزشک متخصص	۱۰۰/۰۰۰	۲۰
پزشک فوق تخصص و متخصص روانپزشکی، فلوشیپ، دانشیار و استاد	۱۲/۰۰۰	۲۰
پزشک فوق تخصص روانپزشکی	۱۳/۰۰۰	۳۰
PhD پروانه دار	۶۰/۰۰۰	۲۰
کارشناس ارشد پروانه دار	۵۲/۰۰۰	۲۰
کارشناس پروانه دار	۴۷/۰۰۰	۲۰

پیشنهادات معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی درخصوص ساماندهی وضعیت بیماران روانپزشکی

کمیسیون بهداشت ودرمان مجلس شورای اسلامی در تاریخ ۸۸/۱/۲۶ درموردوضعیت بیماران روانپزشکی جلسه ای تشکیل داد و در این خصوص از سوی دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد پیشنهادات با امضای دکتر سید حسن امامی، رضوی به جناب آقای دکتر صدر ارائه گردید که به آن اشاره می شود.

اختلالات روانپزشکی در حال حاضر از نظر بار بیماری ها و پس از حوادث در کشور رتبه دوم را به خود اختصاص داده و تخمین زده می شود که ۲۱ درصد از جامعه به نوعی از این اختلالات رنج می برند.

این گروه از اختلالات روانپزشکی انواع مختلفی دارد و اکثر اختلالات مذکور با درمان های سرپایی بهبود می یابند، در این بین اختلالاتی همچون اختلالات اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی وجود دارند که به علت شدت علایم نیاز به بستری شدن و درمانهای درازمدت دارند.

این اختلالات معمولاً در اوایل جوانی اتفاق می افتد و یکی از شایعترین عوارض ناشی از ابتلا به بیماری های مذکور، افت عملکرد شغلی است که این امر عدم توان مالی چنین بیماران و خانواده های آنان در پرداخت هزینه های درمان و حتی در مواردی عدم پرداخت حق بیمه جهت حفظ پوشش های بیمه ای فعلی ایشان را سبب خواهد گردید.

با توجه به اینکه تقسیم بندی بیماری های روانپزشکی به دو صورت حاد و مزمن علی رغم حذف آن به توصیه سازمان جهانی سلامت (از سال ۱۹۹۳) همچنان توسط سازمان های بیمه در پایه مورد استفاده قرار می گیرد که این موضوع موجب شده است که پرداخت تخت - روز روانپزشکی، و همچنین زمان بستری متفاوت و ناعادلانه باشد. از سوی دیگر و با توجه به کم بودن هزینه تخت روز روانپزشکی بخشهای دولتی و خصوصی تمایلی به راه اندازی بخش روانپزشکی ندارند که این باعث شده تا لیست انتظار طولانی جهت بیماران نیازمند بستری در تمام مراکز درمانی روانپزشکی ایجاد شود و این در حالی است که بیشتر مراکز درمانی روانپزشکی کشور واجد ضریب اشغال تخت معادل ۱۰۰ درصد می باشند. بدیهی است بدون تقویت انگیزه های مربوط به ارائه کنندگان خدمات مذکور زمینه گسترش فعالیت و توسعه خدمات در چنین مراکزی میسر نخواهد یود. این در حالی است که اکنون هزینه تخت روز روانپزشکی معادل ۸۵ درصد هزینه تخت معمولی است.

با توجه به موارد پیشگفت و همچنین وضعیت مالی نامناسب اکثر خانواده هایی که بیمار مبتلا به اختلال روانپزشکی دارند، بسیاری از خانواده ها قادر به پرداخت فرانشیز مربوط نمی باشند.

همچنین از دیگر مشکلات بخشهای روانپزشکی در خصوص افرادی است که با حکم قضایی به بیمارستانهای روانپزشکی ارجاع می گردند. اکثر اوقات صد در صد تختهای روانپزشکی اشغال می باشد و تختی جهت بستری بیمار جدید وجود ندارد. در این موارد در صورت استنکاف پزشک از پذیرش مسؤولین بیمارستان با تهدید مراجع محترم قضایی مبنی بر جلب و احضار به دادگاه مواجه می شوند. همچنین در بسیاری از موارد اینگونه بیماران پس از دستور ترخیص توسط روانپزشک معالج تا حصول دستور قضایی مبنی بر اجازه خروج به مدت طولانی در بخش می مانند که موجب اشغال تختها می شود. ضمن اینکه این امر اثر منفی بر خود بیمار و سایر بیماران بخش می گذارد. در مورد بیماران متهم یا مجرم حضور نیروهای انتظامی به منظور مراقبت از این افراد مشکلاتی را برای مرکز درمانی ایجاد می کند. خصوصاً زمانی که برای مراقبت از این افراد از دستبند و پابند استفاده می شود و از طرف دیگر خطر آفرین بودن این افراد باعث نارضایتی و اخلال در روند درمانی سایر بیماران میشود. نکته مهم دیگر اینکه هزینه این افراد را هیچ سازمانی تقبل ننموده و بیمارستانها رایگان این بیماران را پذیرش می کنند که این موضوع نیز با توجه به درآمد کم بیمارستان ها و بخش های روانپزشکی بار مالی زیادی را بر آنها تحمیل می کند و می تواند امکان ادامه فعالیت این مراکز را خدشه دار نماید.

عوامل پدید آورنده مسئله و عواملی که در ایجاد وضعیت یا تأثیر بر آن دخیل هستند.

الف) بخش روانپزشکی درآمدزا نمی باشد و این مانع از آن است که بیمارستانها رغبتی به راه اندازی این بخش داشته باشند. بدیهی است که این امور خود باعث خواهد گردید تا تعداد زیادی از بیماران روانپزشکی نیازمند به خدمات مزبور محروم شوند.

ب) عدم ارائه خدمات در مراکز CMHC و همچنین مراقبتهای پس از ترخیص باعث می شود که مدت بستری بیماران روانپزشکی طولانی شود.

پ) روان درمانی و سایر درمانهای غیر دارویی یکی از اجزاء مهم درمان این گروه از این بیماران محسوب می شود و این در حالی است که این گونه روشهای درمانی تحت پوشش بیمه قرار نداشته و عملاً درمان بیماران یاد شده همراه با تأخیر و غیر جامع خواهد بود.

مفاد مورد نظر جهت طرح کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی

باعنایت به غیرواقعی بودن هزینه تخت روز روانپزشکی و به منظور رفتارسازی و تشویق ارائه کنندگان خدمات مذکور، هزینه تمام شده تخت روانپزشکی محاسبه و اعلام گردد.

با توجه به عدم کاربرد تقسیم بندی بیماران روانپزشکی به دو دسته حاد و مزمن و اعمال سقف تعهدات بیمه ای مستند به این تعریف از سوی سازمان های بیمه گر و باعنایت به توصیه سازمان جهانی سلامت مبنی برعدم استفاده از واژه مزمن و حاد برای بیماران روانپزشکی و همچنین با توجه به اینکه بیماران نیازمند به خدمات بستری در مراکز درمانی دانشگاه شامل بیماری End stage «بیمارانی که بااعلام نظر کمیسیون رسیدگی به وضعیت بیماران شدید و طولانی مدت به آسایشگاه های مخصوص معرفی می شوند» نمی گردد و علی رغم اینکه در حال حاضر حدود ۱۰۰ درصد تختهای روانی کشور اشغال می باشد و لیست انتظار طولانی مدت جهت بهره مندی اینگونه خدمات وجود دارد شایسته است.

«تقسیم بندی بیماران روانپزشکی به دو دسته حاد و مزمن و در پی آن محدودیت سقف بیمه ای از سوی سازمانهای بیمه گر پایه حذف و مبنای پوشش بیمه ای برای مدت اقامت بیماران روانپزشکی صرفاً نیاز بیماران مذکور به خدمات بستری با تشخیص پزشک معالج باشد». بدیهی است چنین روندی از نگاه عدالت که تنها معیار بهره مندی از خدمات سلامت را میزان نیاز بیماران می دانند صحیح تر به نظر می رسد.

با توجه به بند ۲ متن فوق الذکر وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است آئین نامه تأسیس آسایشگاه مخصوص بیماران End Stage و همچنین دستورالعمل اجرایی کمیسیون تخصصی (معیارهای پذیرش بیماران) مورد اشاره این بند را تهیه نمایند.

خدمات غیردارویی از جمله روان درمانی (CBT خانواده درمانی و...) کاردرمانی و خدمات بازتوانی تحت پوشش بیمه قرارگیرد. لازم به ذکر است که ایجاد پوشش بیمه ای برای چنین خدماتی میزان نیاز به بستری و عود مجدد بیماران مذکور را کاهش می دهد در همین راستا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است تا پروتکل های درمانی مربوط به ارائه خدمات مذکور را تهیه و ابلاغ نماید.

خدمات پس از ترخیص جهت بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی شدید و همچنین ارائه خدمات در مراکز جامعه نگر و سلامت روان (CMHC) تحت پوشش بیمه قرار گیرد.

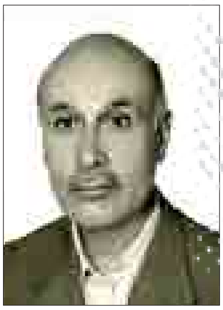
وزارت رفاه و تامین اجتماعی با همکاری وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی اقدام نماید.

هزینه کامل درمان خدمات بستری بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که همزمان مبتلا به اعتیاد می باشند توسط بیمه ها پرداخت شود.

قوه قضائیه موظف است نسبت به راه اندازی و تجهیز بیمارستانهای مخصوص بستری و نگهداری مجرمین مبتلا به اختلالات روانپزشکی تابع استاندارد های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام نماید.

گزارشی از استاندارد ساز
بیمارستان نور (خ

سال گذشته عملیات استاندارد سازی اورژانس روانپزشکی برای اولین بار در کشور به بار نشست. در این راستا مصاحبه ای با آقای دکتر مجید برکتین و آقای دکتر سید غفور موسوی ترتیب دادیم. ایشان با روی گشاده وقت خویش را در اختیار خبرنامه قرار دادند. لذا از همکاری و عنایت این دو بزرگوار، سپاسگزار و قدردان هستیم.



دکتر سید غفور موسوی
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان- رئیس اورژانس روانپزشکی بیمارستان نور

در مورد استاندار سازی اورژانس روانپزشکی مرکز پزشکی نور و نحوه ی کار آن توضیح دهید.

در سال ۱۳۸۵ کار استاندارد سازی اورژانس روانپزشکی مرکز پزشکی نور شروع شد و اردیبهشت ۸۷ به پایان رسید و برای اولین بار در اصفهان حدود ۷۰درصد استاندارد سازی انجام گرفت. اینکار با هدف نزدیکتر کردن وضعیت فیزیکی، امکانات و فرایندهای معمول در اورژانس صورت گرفت و ادامه دارد.

در حال حاضر اورژانس روانپزشکی اصفهان در کشور، چه از نظر فضا و چه خدمات مجهزترین و به روزترین اورژانس روانپزشکی کشور است.

در این اورژانس ٦ نفر از اعضای هیئت علمی به صورت منظم حضور می یابند و به آموزش و نظارت بر درمان بیماران می پردازند و از این لحاظ یکی از فعالترین واحدهای آموزشی گروه روانپزشکی است.

اورژانس روانپزشکی شامل ادمیت ، بخش زنان و مردان است در ادمیت بیمار پذیرش و بازرسی کامل می شود یا سرپایی درمان می شود.

در قسمت ورودی اورژانس یک الی دو بادیگارد وجود دارد. در هر بخش یک اتاق ایزوله و ٤-٣ اتاقهای بستری معمولی وجود دارد. در ٢٤ ساعت شبانه روز پزشک (کارورز- دستیار) حضور دارد. قابل ذکر است که چهارچوب عملکردی برای واحدهای مختلف اورژانس تهیه شده و بر اساس منابع علمی یا استانداردهای جهانی است.

تعداد تخت های اورژانس و وضعیت شان چگونه است؟

اورژانس دارای ٢٣ تخت است که ١١ تا مربوط به بخش زنان و ١٢ تا مربوط به بخش مردان است. در اورژانس روانپزشکی نور، معمولاً تخت خالی وجود ندارد. زیرا به محض ترخیص یک بیمار به دلیل زیاد بودن بیمار تخت ها پر می شوند.

تعداد مراجعان به اورژانس و نحوه ی مراجعه به چه صورت است؟

روزانه به طور متوسط ٢٠ نفر به صورت سرپایی به این اورژانس مراجعه می کنند و حدود ٣ تا ٤ نفر آنها بستری می شوند و بقیه ارجاع داده می شوند و یا سرپایی درمان می شوند. در مورد نحوه ی مراجعه، بیمار یا به صورت مستقیم یا ارجاعی توسط همکاران روانپزشک، سایر متخصصین، مراکز قضایی و یا بهزیستی به اورژانس مراجعه می کنند.

مدت زمان بستری بیمار در اورژانس چقدر است؟

زی اورژانس روانپزشکی
ورشید) در اصفهان

مصاحبه و تهیه گزارش: شهلا استکی

مدت توقف بیمار در اورژانس به طور استاندارد ۳ الی ۵ روز می باشد و پس از کنترل و خروج از وضعیت اورژانس به بخش های دیگر منتقل می گردند ولی در حال حاضر بیمار ۷ الی ۱۰ روز در اورژانس می ماند و این به دلیل نبودن تخت کافی در بخشهای روانپزشکی است.

ضرورت داشتن همراه در اورژانس به چه ترتیبی است؟

در بدو ورود بیمار، همراه بمنظور ارائه شرح حال و وضعیت بیمار در اورژانس حضور می یابد ولی پس از آن معمولاً نیازی به ادامه حضور همراه بیمار در اورژانس وجود ندارد و فقط بصورت ملاقاتی می توانند به بیماران خود سرکشی کنند.

مشکلات سر راه اورژانس و محدودیت ها یا کمبودهای آن چیست؟

فضای فیزیکی مشکل اساسی اورژانس روانپزشکی است. مثلاً حیاط و محوطه باز، کوچک است و با سایر بخشهای اورژانس مشترک می باشد. لازمست بیماران ساعاتی را در حیاط اورژانس بگذرانند و اگر فضای سبز و وسایل بازی بیشتری هم وجود داشت مناسب بود. فضاهای غذاخوری و دور هم جمع شدن بیمار هم بشدت محدود و کوچک می باشد.

مشکل دوم مربوط به تحصیلات پرسنل است. هر چند در حال حاضر غالب پرسنل تخصصی تحصیل کرده هستند ولی برای اداره بهتر اورژانس نیاز به روانپرستار داریم.

اورژانس با کمبودهای دیگری هم مواجه است. مثل کمبود دوربین مدار بسته در همه ی اتاقها به خصوص بخش زنان و نکته دیگر اینکه از نظر وضعیت درمانی هیچ گاه تخت خالی وجود ندارد و نسبت بیمار به تخت خیلی زیاد است و به علت نبودن تخت کافی در بخشهای غیر اورژانس روانپزشکی بیمار مدت بیشتری را در اورژانس سپری می کند و از این جهت تخت های اورژانس بندرت خالی می شوند.

بطور کلی اورژانس چه تفاوتی با گذشته کرده است؟

عملکردها چه در بخش پزشکان – پرستاران و سایر کارکنان به استانداردها نزدیکتر شده است.

فضای فیزیکی و ابزارهای کنترل به شرایطی تبدیل شده اند که سهولت و امنیت بیشتر را موجب شده و درمان بهتر را امکانپذیر می نماید. به طوریکه علیرغم اینکه پرخطر ترین و بیقرار ترین بیماران در این بخش بستری می شوند ولی فضای نسبتاً آرامی در اورژانس برقرار است و در عین حال بیماران دائماً خواب نیستند بلکه به تحرک و فعالیت روزانه هم می پردازند.

هم برای بیمار و هم پرسنل و همراهان امنیت بهتری ایجاد شده است. در بخش های قدیمی تر برای کنترل یک بیمار بیقرار و پرخاشگر مجبود بودند دائماً بیمار را تا حدی آرامش بخشند که بیمار غالباً در خواب بود (sedation over) ولی در اورژانس روانپزشکی فعلی این مسئله چندان مشهود نیست و شرایطی وجود دارد که بیمار پس از بستری به احساس آرامش و امنیت بیشتری دست می یابد و لذا نیاز به خواب کردن دائمی و یا محدودیت فیزیکی دراز مدت او نیست.

این وضعیت نتیجه استاندارد سازی، ارتقاء کیفیت پایش بیمار، ارائه خدمات و برخورد با بیمار است و از این جهت زحمات اساتید، دستیاران و کلیه پرسنل اورژانس روانپزشکی قابل تقدیر است. همچنین در اینجا لازمست از تلاشهای جناب آقای دکتر برکتین که مسئولیت تهیه و نگارش استانداردها و نیز ارتقاء کیفیت اورژانس را داشته اند صمیمانه تشکر نمایم.

دکتر مجید برکتین
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان- مسئول استاندارد سازی اورژانس روانپزشکی

ابتدا می خواهیم تعریفی داشته باشیم از واژه های «اورژانس روانپزشکی» و هم چنین «استاندارد»:

اورژانس روانپزشکی به واحدهایی گفته می شود که وظیفه ی آن تثبیت اختلالات رفتاری بسیار شدید است تا جائیکه بیمار خطر عاجلی برای خود و دیگران نداشته باشد. استاندارد نیز عبارت از بهینه سازی ضوابط کمی و کیفی یک کالا یا خدمت می باشد.

در مورد تاریخچه استاندارد سازی اورژانس روانپزشکی توضیح دهید.

سال ۱۳۸۵ دفتر سلامت روان وزارت بهداشت با دعوت از اینجانب در رابطه با استاندارد سازی اورژانس روانپزشکی جلسه ای را با تعدادی از متخصصین برگزار نمود و به نقطه نظرات در رابطه با این مهم پرداخت.

از جذابیت های این مسئله برای آنان این بود که در یک بیمارستان عمومی، در کنار اورژانس داخلی، اورژانس مسمومیت، اورژانس جراحی و ... یک اورژانس روانپزشکی داریم و دسترسی به اورژانس های دیگر هم آسان است. منتها سوالی که برای آنان مطرح بود این بود که آیا این اورژانس از نظر معیارها استاندارد است و با معیارهای پذیرفته شده در دنیا همخوانی دارد؟

و پاسخ شما...

پاسخ ما این بود که در حد توانمندی ها سعی شده که رعایت شود ولی استانداردهای دقیق و مشخصی نداشته ایم.

بعد از آن این سوال پیش آمد که استانداردهای موجود برای اورژانس روانپزشکی چیست؟! بعد از یک ماه ترتیب جلسه ای دیگر از طرف وزارت بهداشت در رابطه با اورژانس روانپزشکی داده شد. در آن جلسه از من خواسته شد که آیا حاضرم استانداردهایی برای اورژانس تهیه و تدوین کنم و این قول نیز از طرف آنان داده شد که در صورت تمایل هزینه های استانداردسازی اورژانس روانپزشکی بیمارستان نور را طبق همان استانداردها پرداخت کنند.

با قبول پروژه تیم خود را تشکیل دادیم و با حمایت های گروه روانپزشکی و بیمارستان نور خوشبختانه توانستیم ظرف مدتی که می بایست یعنی ۱ سال استانداردها را تدوین کنیم. کار به شکل یک گزارش نهایی ارائه شد که حاوی ۲ بخش بود:

استانداردهای تدوین شده ی پیشنهادی

برنامه اجرایی استاندارد کردن اورژانس های پزشکی کشور

در کنار متن استانداردها گزارشی هم در رابطه با روش کار و نحوه ی تهیه استانداردها ارائه شد.

خصوصیت استانداردهای ارائه شده از طرف شما و نحوه ی تهیه ی آنها چگونه بود؟

در واقع این استانداردهای ارائه شده استانداردهای ترجمه شده یا گرته برداری شده نبود. بلکه با یک واقع بینی این کار انجام شد. یعنی متناسب با امکانات و توانمندیهای موجود کشور خودمان. نه خیالی و نه در عین حال پیش پا افتاده.

چه شاخصه هایی مد نظر داشتید تا استانداردهای پیشنهاد شده ویژگی هایی را که ذکر کردید دارا باشد؟

بحث ایمنی که در هر استاندارد حرف اول را می زند. رضایتمندی کاربران و یا ذینفعان که می تواند شامل بیماران باشد یا خانواده ها، پرسنل اورژانس، روانپزشکها حتی تا حدودی سیستم قضایی و پلیسی و موارد دیگر را هم در بر گیرد که نظر آنها را نیز در رابطه با چگونه بودن ویژگی های یک اورژانس روانپزشکی جویا شدیم. غیر از شاخص ایمنی و رضایتمندی شاخص های دیگری چون قابلیت اجرای استانداردها و قیمت انجام کار را هم در نظر گرفتیم.

روند تهیه ی استانداردها بعد از این مرحله چگونه بود؟

مجموعه ی نظرات جمع آوری شد. مجموعه ی استانداردهای پذیرفته شده در جاهای مختلف دنیا هم جمع آوری شد. آنها را در چند کارگاه با روش های کاملاً علمی مورد بررسی قرار دادیم و یک وزن و یک رتبه دادیم و نهایتاً استانداردهایی که به اندازه ی کافی با معیارها و شاخص های ذکر شده همخوانی داشت را استخراج کردیم و در یک مرحله ی مقدماتی در یک کارگاه مقدماتی تصویب کردیم. نهایتاً در شهریور ۸۶ طی کارگاهی که در وزارتخانه با حضور متخصصین امر (که از سراسر کشور دعوت شده بودند) برگزار شد، مورد تصویب نهایی قرار گرفت و در نتیجه مشخص شد که استانداردهای اورژانس روانپزشکی چه از نظر کمی و چه کیفی چه ویژگیهایی را باید دارا باشد.

کار در مرحله ی دوم یعنی اجرا به چه نحو بود؟

قرار شد استانداردها در استان اصفهان به مرحله ی اجرا گذاشته شود. به همین منظور بودجه ی هفتاد میلیون تومانی در اختیار ما و دانشگاه علوم پزشکی گذاشته شد که با همکاری خوب دانشگاه و مدیریت بیمارستان برای اولین بار در بیمارستان خورشید تلاش شد که استانداردها رعایت شود و به نظر من تا حدود ۸۰درصد استانداردها اجرا گردید.

چه دلایلی مانع رساندن استانداردها به ۱۰۰درصد شد؟!

به دو دلیل نتوانستیم استانداردها را به ۱۰۰درصد برسانیم: فضای موجود. در واقع ما می بایست فضای فیزیکی موجود را استاندارد کنیم لذا اگر امکان ساختن فضای جدید بود به مراتب می شد بهتر عمل کرد.

این تجربه از لحاظ اینکه با چه مواد و مصالحی باید استانداردها را به کاربرد تجربه ای جدید بود و تا قبل از ما هیچ جای کشور در این زمینه اقدام و تجربه ای نداشت. اما با وجود نقایصی کوچک، شکل اجرایی با آنچه در کتابچه نوشته شده بود تا حدود ۹۰درصد همخوانی داشت. لازم به ذکر است که عملیات استانداردسازی در اردیبهشت ۸۷ به پایان رسید.

در مراکز دیگر کشور اقدامات در این جهت یعنی استانداردسازی چگونه بوده است؟

به دنبال کاری که ما کردیم مراکز دیگری هم در کشور به همین نحو اقدام کردند که تا جایی که من اطلاع دارم بعضی شان موفق بوده اند و سعی کرده اند اورژانس استانداردی داشته باشند و برخی هم تازه شروع به کار کرده اند. در واقع ما اولین کسانی بودیم که دست به این کار زدیم. ضمن اینکه بعد از آن، اقدامات ما مورد تائید دفتر سلامت روان وزارت بهداشت قرار گرفت و به دنبال آن قدردانی و تشکر ویژه ای هم از دست اندرکاران شد.

سوال دیگر از شما درباره ی تاثیرات استاندارد اورژانس روانپزشکی بر روانپزشکی است؟

در این رابطه دو نوع تاثیر وجود دارد: کوتاه مدت و بلند مدت

تاثیر کوتاه مدت: بالا بردن ضریب امنیت و آسایش، رضایتمندی در اورژانس، بهبود کیفی فضای فیزیکی و خدمات ارائه شده – تسریع در اجرای امور- جلوگیری از تداخل وظایف و عادت دادن کلیه دست اندرکاران به کار کردن مطابق یک الگوی استاندارد.

تاثیرات درازمدت: جاانداختن سیستم استاندارد سازی در سیستم بهداشت روان، رسیدن به این باور و عزم راسخ در رابطه با ضرورت استانداردسازی در تمام واحدها، آغاز فرایند تدوین استانداردها (باز شدن باب استاندارد سازی)

مسئولین و همکاران طرح در بخش تدوین و اجرا چه کسانی بودند؟

به جز مجری طرح چه در بخش تدوین و چه اجرا که بنده بودم در قسمت تدوین جناب آقای دکتر فرزاد رنجکش همکار اصلی بودند و همچنین خانم فروغ موسوی خواه و خانم دکتر پگاه پورمرشد حضور داشتند. در قسمت اجرا نیز کلیه ی عوامل بیمارستان خورشید به خصوص آقای دکتر افشار رئیس بیمارستان، مدیریت بیمارستان و مسئول امور عمومی بیمارستان آقای یعقوبی و کلیه ی پرسنل اورژانس روانپزشکی همکاری داشتند.

صحنه هایی از بگو مگوی همسران

دکتر علی عباسعلی زاده –روانپزشک

وابستگی بغض آلود

به نقل قولهایی از مراجعین می پردازیم تا صورت مسئله باز تر شود.
« همسرم وقتی اطاعت می کند رفتارش بسیار کودکانه است. مثل بچه ها به آدم تکیه می کند.
اطاعت های او انگار از سر ترس و نگرانی است. آدم دوست دارد همسرش برای خود عقیده محکم داشته باشد. متانت، صبوری و استقلال رای داشته باشد. مثلاً نمی تواند بی حضور من برای خود لباس بخرد. البته گاهی هم چون مطابق میل او رفتار نشده مثل بچه ها قهر می کند.
تکلیف من با وابستگی های کودکانه همسرم با من چیست؟. من دوست دارم با یک آدم بالغ زندگی مشترک داشته باشم نه با یک بچه ترسو، مطیع و لجباز."
وابستگی های بغض آلود از ارتباطاتی ناشی می شود که طرفین از حقوق برابر برخوردار نیستند.
دروابستگی های بغض آلود و رابطه نابرابرکه ناگزیر به تحمّل آن باشیم از یک سو تملّق گویی و از سوی دیگر لجبازی و مخالف خوانی حاکم است.
به نقل قول دیگری از شکایت همسران توجّه فرمایید.
– "وقتی همسرم هر مشکل کوچکی را بزرگ می کند من تحریک می شوم و محیط خانه متشنج می شود.
مثلاً خانم می خواهد بپرسد که ناهار چه بپزد. می تواند با خوشرویی در حالی که موضوعی دلچسب برای گفتگو پیدا کرده است بپرسد اما با لحنی که انگار مشکل لاینحلی پیدا شده است می پرسد.
تازه وقتی جواب می دهی که مثلاً خورشت کرفس با عصبانیّت جواب می دهد که بچه ها خورشت کرفس دوست ندارند. به هنگام پرسیدن لحن کلام او به گونه ای نیست که بخواهد جواب بگیرد و مشکل حل شود بلکه با این پرسش می خواهد بگوید که زندگی کردن چقدر سخت است و یا خانه داری چه عذاب الیمی است.
با نگرش منفی او با زندگی چه کنم؟ با لحن عصبی و درمانده اش چه کنم که همچون آوار بر سرم فرو می ریزد؟"
بزرگنمایی مشکلات در مقابل چشم همسروجه دیگری از احساس کسی است که می پندارد در رابطه ای نابرابر گرفتار شده است.
نشانه دیگر افسرده خویی تاریخی که غالباً در خانمها دیده می شود شکایت بی پایان آنهاست.
حال به این نقل قول توجّه فرمایید.
«همسرم همواره شاکی است. همه چیز زندگی سوژه هایی هستند تا شکایت او را تحریک کند. مثلاً دختر ما رژیم لاغری دارد. همسرم مدام شکایت می کند که دخترمان هله هوله می خورد یا لقمه های صبحانه اش که به مدرسه می برد بزرگ است. او بنا ندارد که دختر مان را با تشویق و ترغیب به رعایت رژیم لاغری علاقمند سازد بلکه در واقع چاق شدن دختر و نیاز او به رعایت رژیم غذایی را فرصت مغتنمی دانسته تا موضوعی برای شاکی شدن پیدا کند. او در همه حال شاکی است. تکلیف من در برابر شکایت های بی پایان او چیست؟».
بد بینی و بزرگ نمایی مشکلات نشانه ای از احساس ضعف درونی «ضعیفه» هاست. نا برابری از نظر حقوق اجتماعی که در عرصه زندگی های خانوادگی نیز ادامه می یابد احساس حقارت عمیقی را در میان خانم ها موجب می شود که اعتماد به نفس طبیعی آنها را سلب می کند و یکی از نشانه های آن احساس ضعف و نا توانی در مواجهه با مشکلات است و در عین حال بغضی نا خود آگاه به جنس مقابل که موجب می شود تا در هر فرصتی که به دست می آورند با گله و شکایت بی پایان و بزرگ کردن مشکلات «حال آقایان را بگیرند».
به نقل قول دیگری توجّه بفرمایید.
« همسرم مدام مرا تحریک می کند، پنداری اگر بتواند مرا عصبانی کند حالش بهتر می شود. مثلاً قرار شد صبحانه بخوریم. زنم تاخیر می کند، مثلاً مشغول شستن استکان نعلبکی ها می شود و آن وقت من بی خبر از همه جا باید بشنوم که "نگاه کن چقدر رو داری! من مشغول ظرف شستن هستم و تو منتظر نمی شوی و داری صبحانه می خوری". البته من خیلی سعی می کنم که تحریک نشوم اما این فرو خوردن ها کار دست من می دهد و زندگی را به کام من زهر می کند. می فرمایید با این رفتار های تحریک آمیز او چه بکنم؟"
احساسات فرو خورده خانم ها از تحکّم و اعمال زور آقایان که در یک رابطه طولانی و تاریخی نابرابر پیدا شده است آنها را نسبت به مردان بسیار تحریک پذیر ساخته است. به این نقل قول توجّه فرمایید.
" همسر من با کوچکترین بهانه ای عصبانی می شود، مثلاً اینکه بچه مان را که مشکل دندانپزشکی دارد به کدام پزشک ارجاع بدهیم صحبت می کنیم.
من می گویم فلانی چون پزشک جوانی است چون من اعتقاد دارم پزشکان ما ضمن کار تجربه مفیدی بدست نمی آورند بلکه فقط سر هم بندی کردن را یاد می گیرند ولی تا جوان هستند هم از نظر علمی کار آمد هستند و هم سر هم بندی کردن را نیاموخته اند و هنوز به کار خویش علاقمند هستند. البته خانم می تواند با عقیده من مخالف باشد و معتقد باشد که پزشکان با تجربه تر بهتر هستند ولی مشکل ما اینجاست که او اظهار عقیده نمی کند بلکه فوراً تشر می زند که فلانی چه تجربه ای دارد. تکلیف من با او که با کوچکترین اتفاقی یا اظهار نظر مخالفی فوراً عصبانی می شود چیست؟"
افسرده خویی که با فقدان اعتماد به نفس، تحریک پذیری مفرط، اظهار گله و شکایت، بد بینی و حساسیت بیش از معمول در روابط بین فردی، حسادت و احساس خود کم بینی و حقارت و بسیاری علایم دیگر همراه هست مختص خانم ها نیست و از سوی دیگر علل عدیده زیست شناختی و روانشناختی به غیر از آنکه در روابط کلّی اجتماعی به عنوان نابرابری زن و مرد به آن اشاره می شود نیز دارد که در جای دیگری می توان بطور مفصّل به آن پرداخت. آنچه مورد تاکید این مقاله است این است که نمی توان در یک رابطه نا برابر انتظار صمیمیّت وهمدلی دوستانه داشت. در عین حال آسیب شناسی رابطه بیمار گونه زوجین اگرچه حالاتی را در خانمها ایجاد می کند که افسرده خویی را تداعی می کند ولی ممکن است با افسرده خویی که با عنوان "دیستایمی" در کتاب های روانپزشکی آمده است مطابقت کامل نداشته باشد.
نکته قابل توجّه در این بحث اینکه افسردگی از نظر روان پویایی همواره به نوعی با یک مشکل بین فردی همراه است. آنچه روانکاوان کلاسیک بنام " درون فکنی دودلانه" یا Ambivalent introjection و یاروانکاو

معاصر آقای Ariety با عنوان حضور یک فرد غالب Dominant other در زندگی کسی که از افسردگی رنج می برد درباره روان پویایی افسردگی بیان می کنند با افسرده خویی خانمها به دلیل "وابستگی بغض آلود" که ما به آن رسیده ایم همخوانی آشکار دارد.

رابطه نا برابر از نظر حقوق انسانی و اجتماعی در بین زوجین تعاملی را بین آنها ایجاد می کند که تداعی گر شخصیّتی وابسته در خانمها و کاراکتری خود محور و خود خواه در آقایان است. به دلیل بیمار گونه و غیر منصفانه بودن این رابطه وابستگی خانمها به همسر خود از نوع وابستگی بغض آلود می شود.

به نقل قول زیر توجّه فرمایید.

"همسرم بسیار ایراد گیر است. جالب اینکه کار را به عهده من می گذارد، به خود جرات تصمیم گیری نمی دهد اما به تصمیمات من هم رضا نمی دهد و ایراد می گیرد. مثلاً او هیچوقت پیشقدم نمی شود که کرایه تاکسی یا سفارش غذا را در رستوران بدهد. منفعل می نشیند و خود را در پناه شما می گیرد اما بعد ایراد می گیرد که مثلاً چرا زیادی کرایه دادید یا چرا بیش از حد سالاد سفارش دادید. غالباً ایرادهایی که می گیرد بعد از آن است که بشود اصلاحاتی انجام داد. ابتدا که بخود زحمت تصمیم گیری و اظهار نظر جدّی نمی دهد مگر با عصبانیّت و اخم و تخم که بی فایده است بعد که شما تصمیم گرفتید و اعلام کردید ایشان ایراد می گیرد. ایشان ایراد نمی گیرد که امور اصلاح شود ایشان ایراد می گیرد که فقط ایراد بگیرد زیرا نگاه او به زندگی منفی است. شما جای من باشید چه می کنید؟"

به نمونه دیگری از نقل قول که حکایت از وابستگی بغض آلود می کند توجّه فرمایید.

"همسرم یا اطاعت می کند یا سر پیچی. احساس حاکم بر رفتار او ترس و انفعال است. ترس و انفعالی که گاه موجب اطاعت می شود و گاه پرخاش ناشی از احساسات فرو خورده و تسلیم شده. آیا درست است که وقتی سر پیچی می کند او را به حال خود رها کنم چون مطمئنم که بعد از سر پیچی نوبت اطاعت و رفتار تسلیم طلبانه و پوزش خواهانه فرا می رسد. با این رفتارالّا کلنگی همسرم چه کنم؟ می توانم امیدوار باشم که روزی همسرم رفتار متعادل پیدا کند و دست از افراط و تفریط بردارد؟"

از نشانه های وابستگی های بیمار گونه و بغض آلود بد بینی و سوء ظن است. به این نقل قول توجّه فرمایید.

"همسرم همواره با بد بینی با وقایع روبرو می شود. او به خود زحمت نمی دهد که درباره حالات روحی من از من بپرسد بلکه به حدس و گمان خود اکتفا می کند، حدس و گمانی که غالباً از موضعی بد بینانه است. ناگهان به امری متّهم می شوی و آوار برسر آدم خراب می شود. آخر من چقدر باید حواس خود را جمع کنم تا در برابر قضاوت های بد بینانه اش نسبت به رفتار خود تحریک نشوم؟ البته منهم به سهم خود نقاط ضعفی دارم اما اینکه مدام روی زخم آدم نمک بپاشند و معایب او را بزرگ کنند و جلوی چشم او بیاورند که منصفانه نیست. چکار کنم تا به جای اینکه در باره حالات من پیشداوری و آنهم از نوع بد بینانه بکند از خود من بپرسد که چه حالی دارم و یا نظر من چیست؟ مثلاً در مورد موضوعی با او موافق نیستم نا گهان بر می گردد که ماشین ات

خراب شده و با من عصبانی هستی. شما جای من باشید چگونه رفتار می کنید؟".

در فضای سوء تفاهم ناشی از وابستگی های بغض آلود و رابطه نا برابر زندگی مشترک مثل راه رفتن در میدان مین است. هر لحظه ممکن است با کوچکترین خطایی فضای خانه متشنج شود. به این نقل قول توجّه فرمایید.

"کافی است تا لحظه ای از رفتار تحریک آمیز همسرم غافل شوم تا فضای خانه متشنج شود. ناگهان با یک ایراد بیجا، با رفتار یا گفتاری طعنه آمیز و ملامتگر، با رفتاری تنش آلود و از سر ناامیدی و بد بینی و ... پا روی عصب انسان می گذارد. آیا این درست است که من در تمام لحظات شش دانگ حواس خود را جمع کنم که در تله رفتار های تحریک آمیز او نیفتم؟ آیا براستی نباید انتظار رفتار انسان بالغ را از همسر خود داشته باشم؟ او بد رفتاری می کند و منهم از او انتقاد می کنم و این دور باطل جنگ اعصاب ادامه پیدا می کند. آیا چاره کار فقط سکوت است؟ سکوت هم که فقط در ظاهر سکوت است و در باطن انتقال همه تنش های عصبی است به درون، خود خوری و به دنبال آن هزار جور مرض".

احساس اینکه آدمی مجبور باشد شرایط نابرابری را به عنوان زندگی مشترک تحمّل کند و احساس اینکه به او ظلم می شود با وابستگی بغض آلودی که به دنبال آن حادث می شود و با افسرده خویی همراه آن آدمی مهارت شاد بودن را از دست می دهد. به این نقل قول توجّه فرمایید.

"او درباره همه چیز با شکایت حرف می زند. انگار همیشه زمانه برخلاف مراد او می چرخد. به ندرت ممکن است خبری را با خوشحالی بیان کند. راستش خبر های خوشحال کننده او را به حرف نمی آورد. انگار خبر های خوب او را نگران می کند و در نتیجه فراموش می کند که بگوید. اما کوچکترین خبر بد او را

به حرف می آورد. آنگاه با لحنی شکوه آلود و مصیبت بار به حرف می افتد و مرا کفری می کند و طوری شده است که حتی اگر ندرتأ با لحن شادی هم حرف بزند من بطور اتوماتیک عکس العملی از سر بی حوصلگی نشان می دهم. واقعأ کلافه کننده است که کسی مدام با نک و ناله و شکایت و حس بد بختی حرف بزند و شما مخاطب او باشید".

از نشانه های بارز وابستگی نا گزیر و بغض آلود پر خاشگری منفعلانه است. به این نقل قول توجّه فرمایید.

"همسرم با عدم همکاری در حدّی که مقدور باشد دلخوری خود را نشان می دهد. مثلأ دیر تر از ساعت مقرّر برای بیرون رفتن از خانه حاضر می شود. از یک هفته قبل قرار شده است که شب جمعه به سینما برویم و او نیم ساعت قبل از رفتن اظهار می کند که حوصله بیرون رفتن را ندارد یا در جمع مهمانها با ساکت نشستن و در خود فرو رفتن فضای مهمانی را مکدّر می سازد. مثلأ بسیار زحمت کشیده و برای خانواده شام درست کرده است اما خودش بهنگام صرف شام اظهار بی میلی می کند – آنهم با ترشرویی، و طبیعتأ اشتهای بقیّه را هم خراب می کند. چگونه می توانم با رفتارهای عدم همکارانه او مقابله کنم و نتیجه مساعدی بگیرم؟»

آدم افسرده حال احساسات خود را با صراحت بیان نمی کند. به نقل قول زیر توجّه فرمایید.

«همسرم وقتی دلخور می شود جرئت حرف زدن ندارد بلکه فقط سکوت می کند، رسمأ هم قهر نیست که تکلیف بسیار بد آدم روشن باشد بلکه بسیار کم حرف می شود، جواب صحبت را با بد اخلاقی و بسیار کوتاه می دهد. فضای سنگینی در خانه حاکم می شود. کاش می گفت که چرا بد اخلاق شده است اما جرئت اظهار نظر هم ندارد. فقط با سکوت و در عین حال با سر و صدای بیخودی – مثلأ بهنگام ظرف شستن،، می توان فهمید که دلخور شده است، فقط با حدس و گمان باید فهمید. چگونه می توانم به همسرم بفهمانم که اگر حرفی هست را با زبان بیان کند نه با اخم و تخم و یا سر و صدای بیهوده؟ "

آنچه از نا برابری حقوق زن و مرد نصیب مردها شده است برای خود آن ها نیز اثر مثبت نداشته است. رفتار تحکّم آمیز و خود محورانه مرد، ایراد گیری های وسواسگونه و کنترل کننده اش زند گی مشترک را برای او نیز تباه خواهد کرد. از رابطه نا برابر فقط شخص تحت تسلّط نیست که زیان می بیند بلکه شخص مسلّط این رابطه نیز نصیبی از عشق، همدلی و صمیّت نخواهد برد. در نقل قولهای فوق هم دیدیم که اگر چه این مرد است که شکایت می کند و این مرد است که در زند گی مشترک دست بالا را دارد ولی هم اوست که در عذاب است. تاکید در این مقاله به هیچ وجه این نیست که حق با چه کسی است یا چه کسی مقصّر است و به همین دلیل فرم مطلب در تناقض و به اصطلاح پارادو کسی آشکار بیان شده است که مرد ها که دست بالا را دارند به عنوان شاکی در عذاب هستند. در یک رابطه صمیمانه مهم نیست که چه کسی دست بالا را داشته باشد بلکه هر طرف که دست بالا را بگیرد دو طرف زیان خواهند دید. بعد از قرنها اندرز و نصیحت و با منابع غنی از داستانهای دلداد گی و ادّعا های مشعشع از عدل و انصاف هنوز نیاز مند آنیم که ابتدایی ترین اصل عشق ورزی، همدلی و همسری را بیاموزیم و آن اینکه شرط اوّل مهر ورزی، عشق، صمیمیّت و همسری برابری حقوق است.

بنازم به بزم محبّت که آنجا   گدایی به شاهی مقابل نشیند

خلاصه طرح های اجرا شده
در مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان

تاثیر مشاوره مذهبی بر شدت علائم وسواس و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری با محتوای مذهبی

مجری: دکتر شهلا آکوچکیان،دکتر لیلا نادری نبی
با همکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری

مقدمه: اختلال وسواس – اجباری اختلالی شایع و همچون سایر اختلالات روانی مزمن کیفیت زندگی این بیماران را مختل می نماید. قرائن زیادی دال بر این است که مذهب زمینه ای است که بیماری وسواس خود را در آن نشان می دهد. درمانهای مذهبی به بیمارانی که از اختلالات روانی همچون اختلال وسواس رنج می برند میتواند کمک کند. از طرفی درمان مؤثرتری برای بیماران مذهبی می باشد.

روشها: پس ازاستخراج روش و محتوای مشاوره مذهبی براساس منابع معتبر اسلامی وتدوین این شیوه درمان،مطالعه در بیمارستان نور (بهاروتابستان ۸۷) اجراشد. جامعه نمونه بیماران مبتلابه OCD با محتوای مذهبی بودند که توسط روانپزشکان از درمانگاه روانپزشکی یا کلینیک های روانپزشکی ارجاع می شدند و حداقل ۶ ماه تحت درمان داروئی قرار داشتند. در یک مطالعه شبه تجربی ۳۹ بیمار با مقیاس وسواس – اجباری y-BOCS و فرم خلاصه شده کیفیت زندگی WHO-QOL-Brieef قبل و بعد از مداخله، از نظر شدت وسواس و وضعیت کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرارگرفتند. اطلاعات توسط آزمونهای T، پیرسون و با کمک نرم افزار Spss مورد بررسی قرارگرفت .

نتایج: تفاوت معنی داری بین میانگین نمره یل براون قبل و بعد از مداخله دیده شد(p=۰/۰۰)تفاوت معنی داری بین میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از مداخله دیده شد(p=<۰/۰۱)

بین میانگین خرده مقیاسهای کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از مداخله نیز تفاوت معنی داری مشاهده شد(p=۰/۰۰۰).

سایر مطالعات: رودریگاس درسال ۲۰۰۶ در مطالعه خودگزارش نمود در بیماران OCD میانگین نمره کیفیت زندگی بطورچشمگیری پائین تر از جمعیت نرمال می باشد و تأخیر درتشخیص OCD و طول مدت بیشتر بیماری با کیفیت پائین تر زندگی بیمارهمراه است .

در بعد درمان بیماران مبتلا به وسواس، مطالعات انجام شده نشان می دهد درمانهای شناختی – رفتاری می تواند منجربه کاهش علائم وسواس و افزایش کیفیت زندگی بیماران گردد.

در مطالعات متعددی گزارش شده است که اختلال وسواس همچون هر اختلال مزمن دیگری می تواند روی کیفیت زندگی افراد از نظر شغلی – خانوادگی – اجتماعی و هیجانی اثر منفی داشته باشد.

نتیجه گیری: طبق نتایج بدست آمده مشاوره مذهبی درکاهش شدت علائم اختلال وسواس مؤثر بوده وکیفیت زندگی بیماران را بهبود می بخشد.

بررسی تأثیر آمانتادین بر افزایش وزن ناشی از والپروات سدیم

مجری: دکتر قربانعلی اسدالهی، دکترسیامک امانت ، دکترسیدعلیرضا صفوی
باهمکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری

مقدمه: افزایش وزن و چاقی در بیماران مبتلا به انواع اختلالات روانپزشکی خصوصاً بیماران تحت درمان با والپروات سدیم به وفور مشاهده می شود و علاوه بر آثار نامطلوب متابولیک، ممکن است باعث قطع درمان داروئی توسط بیمارشده و وی رامستعد به عود علائم بیماری نماید. این مطالعه با هدف ارزیابی تأثیر داروی آمانتادین بر افزایش وزن ناشی از مصرف والپروات سدیم در بیماران ۱۸ تا ۵۸ ساله طراحی گردید.

مواد و روش ها: این مطالعه به صورت کارآزمائی بالینی دوسوکور در بیماران تحت درمان با داروی والپروات سدیم که دچار عارضه افزایش وزن بودند در مرکز درمانی نور اصفهان در سال ۱۳۸۶ اجرا شد. تعداد ۲۸ بیمار مصرف کننده والپروات سدیم در محدوده دوز ۸۰۰-۴۰۰ میلی گرم روزانه، به صورت تصادفی در دو گروه آمانتادین (۱۴نفر ۲۰۰ میلی گرم روزانه)، پلاسیبو (۱۴نفر) به مدت ۱۶ هفته تحت مطالعه تجربی دوسوکور قرارگرفتند. وزن و شاخص توده بدنی هر دو گروه قبل از مداخله در هفته های چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم بعد از مداخله اندازه گیری و مقایسه شد.

نتایج: بررسی نتایج پس از ۱۶ هفته مطالعه نشان داد که اگرچه میانگین تغییرات وزن در طی ۱۶هفته درگروه آمانتادین کمتر از گروه پلاسیبوبود، اماتفاوت معنی داری به لحاظ آماری بین دوگروه بدست نیامد به طوری که در هفته شانزدهم میانگین تغییرات وزن درگروه آمانتادین ۷۲/۳+_۱۰کیلوگرم و درگروه پلاسیبو ۷۳/۴+_۸/۸کیلوگرم بدون تفاوت معنی داری افزایش داشت (p=۰/۸). همچنین شاخص توده بدنی (BMI) درگروه آمانتادین در هفته شانزدهم ۲۵/۹+_۲/۷ و در گروه پلاسیبو ۲۶/۵+_۳/۶کیلوگرم بر متر مربع بدون تفاوت معنی داری افزایش یافته بود(p=۰/۹۷) و شایع ترین عوارض مشاهده شده بدنبال مصرف آمانتادین و پلاسیبو به ترتیب سوءهاضمه، تهوع و سرگیجه بود.

سایر مطالعات

مطالعه ای توسط Deberdt و همکارانش درسال ۲۰۰۵ انجام و نتایج نشان دادکه آمانتادین در محدوده دوز ۱۰۰ الی ۳۰۰ میلی گرم در روز طی مدت ۸ الی ۱۶هفته، قادر به جلوگیری از افزایش وزن ناشی از مصرف الانزاپین می باشد.

درسال ۲۰۰۲ مطالعه ای توسط Gracious و همکارانش انجام و ۹ بیمارکه در اثر مصرف داروهای آنتی سایکوتیک دچار افزایش وزن گردیده بودند تحت درمان با آمانتادین با دوز ۱۰۰ الی ۳۰۰ میلی گرم در روز قرار گرفتندکه طول مدت این مداخله ۴ الی ۳۳ هفته بود. نتایج نشان داد اگرچه آمانتادین باعث کاهش سرعت افزایش وزن گردیده است اما این تأثیر قویاً با طول مدت تجویز آمانتادین رابطه مستقیم (p/۵۰>۰) و با توجه به حجم کم نمونه مطالعات طولانی تر توصیه شد.

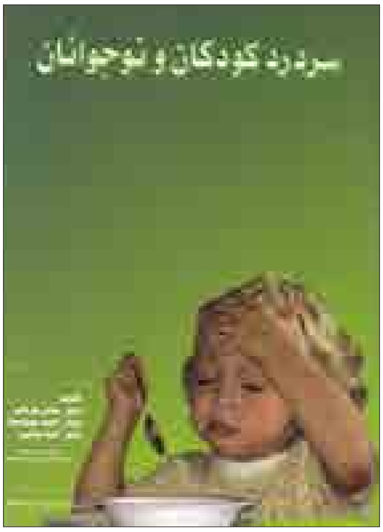
نتیجه گیری: به نظر می رسدکه آمانتادین در پیشگیری از افزایش وزن ناشی از والپروات سدیم تأثیری ندارد، شاید به دلیل پائین بودن power مطالعه این نتیجه بدست آمده باشد، لذا مطالعات بعدی به صورت نمونه های بزرگتر یا مقایسه با سایر داروهای کاهنده وزن در صورت امکان توصیه می شود.

معرفی کتاب

دکتر سید محمد مسعود ازهر

سردرد کودکان و نوجوانان

تالیف:
دکتر عباس قربانی، داخلی اعصاب، دانشیار
دکتر احمد چیت ساز، داخلی اعصاب، دانشیار
دکتر امید یقینی، کودکان، استادیار



عکس روی جلد را که نگاه می کنی با تمام وجود سردرد را احساس می کنی. کتاب را می کاوی و در جایی به این عنوان بر می خوری و می فهمی کاسه جلوی پسرک پر از بستنی است!

سر درد ناشی از مصرف بستنی

... کمتر از پنج دقیقه طول می کشد و ... غالباً در مبتلایان به میگرن رخ می دهد ولی در بیمارانی که میگرن ندارند نیز می تواند بروز نماید...»

به دنبال این مطلب به سردرد ناشی از سرفه و عطسه و خندیدن هم بر می خوری. با خود می گویی چه خبر است؟ تا حالا فقط حرف از سردرد میگرنی و تنشی بود. آیا واقعاً تا این حد علم پیشرفت کرده است؟ کتاب حدود ۱۵۰ صفحه است و آنچه از سر درد یافت شده را گرد هم آورده است. این مهم بدست متخصصانی انجام شده که در این زمینه صاحب نظرند و کنه و بنه این مطالب را با جان و دل دریافته اند. چه، هیچکس بیش از درمانگر نمی داند که جوان بودنِ علوم پزشکی چقدر پزشک را در برابر انتظاری که از او دارند ناتوان می سازد. وفور مراجعین با مشکل سردرد هر پزشکی را وادار می کند در این زمینه مطلع باشد و کتاب حاضر توانسته است منبع مطمئن و با ارزشی باشد.

هر مولفی انتظار دارد کتابش مورد استقبال خوانندگان قرار گیرد و تالیف یک کتاب فارسی برای پزشکان، در زمانی که کتاب خوانی جای خود را به جستجوی اینترنتی داده است کار خطیری بنظر می رسد. خوشبختانه حاصل تلاش مولفین، خوب از کار در آمده است و در حین مطالعه آن احساس خوبی از یافتن اطلاعات به آدم دست می دهد. دانشی که مشکل گشا و کارا است.

رویکرد مولفین در چند جهت به موضوع بوده است. اول تعریف علمی از انواع سردرد که همراه است با آخرین تحقیقات در زمینه سیر و شیوع و عوامل خطر. دوم تاثیر نامطلوبی که سردرد بر عملکرد فرد می گذارد و سوم درمانهای غیر دارویی

و دارویی که موثر بودن انواع مداخلات روانشناختی را به میان می کشد. همچنین کتاب توانسته است نکات روشن و تاریک این علم را واضح سازد تا محققین بتوانند با دید بازتری به کار بپردازند و چشم انداز این راه را روشن تر نمایند.
در ادامه برای نمونه به یکی از مباحث مطرح در این کتاب می پردازیم:

سردرد مزمن روزانه (Chronic daily headache)

بسیاری از اطرافیان خود را می شناسیم که دچار سردردهای هر روزی هستند. در مطالعات انجام شده مشخص شده است که شروع سردرد در ۲۳ درصد بزرگسالان با سردرد مزمن روزانه، قبل از ۹ سالگی بوده است و اغلب اظهار می دارند حدوداً ۱۰ سال طول کشیده است که سردردهای گاه گاهی آن ها به صورت سردردهای روزانه در آمده است. به همین دلیل، مطالعه ی سیر سردرد این افراد در نوجوانی می تواند نشان دهنده ی سیر بالینی این سردرد شود. از نظر تعریف، وقتی فردی حداقل ۱۵ روز از ماه دچار سردردی باشد که با بررسی های پزشکی زمینه ی پاتولوژیک برای آن پیدا نشده است، وی دچار سردرد مزمن روزانه می باشد.
این تعریف در سال ۱۹۷۸ توسط «ماتئو[۱]» بیان شد ولی شاید هنوز کاملاً دقیق نباشد. میزان مشخص شیوع و بروز این سردرد به خاطر اختلاف نظر در تعریف آن مخصوصاً در کودکان هنوز معلوم نمی باشد ولی میزان بروز سردرد تکرار شونده شدید در کودکان در مطالعات مختلف توسط سیلانپا، ابوارف، و راسل به میزان ۰/۲ درصد، ۰/۸ درصد و ۲/۵ درصد بیان شده است.

طبقه بندی

در بزرگسالان، ماتئو و همکاران این نوع سردرد را به عنوان یک سردرد مزمن تکرار شونده که از میگرن یا سردردهای فشاری یا تنشی منشاء می گیرد مشخص نمودند. سولمون و همکاران در سال ۱۹۲۲ و مسینگر و همکاران در سال ۱۹۹۱ تلاش کردند که معیارهای انجمن بین المللی سردرد را برای طبقه بندی در بزرگسالان افراد تحت کنترل خود ایجاد کنند ولی نتوانستند برای بیشتر از یک سوم بیماران، معیارهای به دست آمده را طبقه بندی کنند.
سیل براستین در سال ۱۹۹۴ سردردهای مزمن روزانه را به چهار دسته تقسیم کرد که می تواند همراه افزایش بیش از حد مصرف دارو باشد یا نباشد.
در طبقه بندی انجام شده، گروه اول شامل سردرد میگرنی گاه گاهی است که تبدیل به سردرد روزانه یا نزدیک به روزانه شده است. زمان سردرد بیشتر از ۴ ساعت در روز است و بر خلاف تعداد سردرد که افزایش پیدا کرده است نسبت به میگرن قبلی، شدت سردرد در سه ماه اخیر کاهش پیدا کرده است.
گروه بعدی، سردردهای فشاری گاه گاهی می باشد که تعداد سردرد حداقل ۱۵ روز در ماه (۱۸۰ روز در سال) برای حداقل ۶ ماه است. سردرد باید حداقل دو خصوصیت از خصوصیات زیر را داشته باشد:
کیفیت فشارنده یا گرفتگی سر۲- دو طرفه بودن۳- خفیف تا متوسط بودن٤- تشدید نشدن با فعالیت معمول مثل بالا رفتن از پله ها و ۵- عدم وجود علائم درگیری سیستم اتونوم یا اعصاب نباتی و در ضمن شرح حال یک سردرد فشارنده گاه گاهی را داشته باشد که در طی سه ماه به سردرد مزمن تبدیل شده است.
نوع دیگر سردردهای فشاری، سردرد مزمن روزانه است که کلاً جدیداً شروع شده است. شروع علائم ممکن است در کودکی و نوجوانی باشد. معمولاً سردرد بیشتر از ۴ ساعت در روز و بیشتر از ۱۵ روز در ماه اتفاق می افتد و نوع آخر سردرد نیمه سری مداوم یک سردرد یک طرفه مداومی است که شدت سردرد متناوب و کم و زیاد می شود. شروع ممکن است از نوجوانی باشد و در دخترها شایع تر است. تظاهرات گرفتاری اعصاب نباتی شامل قرمزی چشم، اشک ریزش، گرفتگی بینی، آبریزش بینی، پتوزیس، ورم پلک علائمی می باشند که با افزایش سردرد شدت می یابد. این سردرد معمولاً باید حداقل یک ماه طول بکشد و معمولاً به ایندومتاسین جواب می دهد.
با توجه به خصوصیات فوق گروهی تصمیم گرفتند در یک کلینیک سطح سوم ارجاع بر اساس این مشخصات، کودکان را طبقه بندی کنند ولی نتوانستند ۴۵ درصد کودکان و نوجوانان را در این گروهها طبقه بندی کنند. با اضافه کردن یک گروه دیگر شامل نوع مخلوط یا همراه «نوعی میگرن و سردرد فشارنده همراه هم باشند بدون این که با هم رابطه وجود داشته باشند» تقریباً تمام بیماران طبقه بندی شده اند. این افراد معمولاً یک زمینه ی سردرد مزمن فشاری با حملات گاه گاهی میگرنی دارند ولی انجمن بین المللی سردرد بطور کلی هنوز نتوانسته است معیارهای مشخصی برای آن پیدا کند.

گزارش بیمار

یک دختر ۱۶ ساله از یازده سالگی دچار یک سردرد مزمن شده است. اولین بار، سردردهای وی به صورت سردردهای گاه گاهی بوده و حدود ۴ حمله در سال داشته است. سردرد وی دو طرفه و در عرض یک ساعت به حداکثر شدت می رسد. اگر چه اورا آندارد اما یک حالت خستگی یک ساعت قبل شروع سردرد را احساس می کرده است. سردرد وی به صورت ضربان دار و همراه نور گریزی و صدا گریزی «فونوفوبی و فوتوفوبی» است. وی اشتهایش را از دست می دهد ولی تهوع و استفراغ همراه را انکار می کند. این سردردها معمولاً ۲ ساعت طول می کشد و به استامینوفن جواب می دهد. در هنگامی که سردرد وی شدید می شود وی به استراحت در یک اتاق تاریک و آرام احتیاج دارد و توانایی خواندن و فعالیت بدنی را ندارد.
در طی چندین سال، سردردهای وی شبیه هم بوده ولی تعداد سردردها اخیراً اضافه شده است. در سال جاری، معمولاً وی سردرد روزانه داشته و به صورت معمول سردرد وی دو طرفه و بدون علائم سیستم اتونوم بوده است. سابقه ی قبلی پزشکی خاصی نداشته است و مادر و پدرش به گفته خودشان از سردرد سینوزیتی رنج می برند. خواهر بزرگتر وی که تازه از دانشگاه فارغ التحصیل شده است، با والدینش در خانه زندگی می کند. وی یک دانشجوی ممتاز بوده است و در کلوپ تئاتر فعالیت دارد. او منکر استفاده از دارو، الکل و سیگار است و هر گونه فعالیت جنسی را انکار می کند. بهترین تشخیص برای این شرح حال، سردرد روزانه مزمن از دسته ی تبدیل شده از میگرن یا میگرن مزمن است.
سوال تکمیلی این که آیا بعد از فعالیت در کلوپ نمایش بدتر می شود یا نه؟ جواب بلی است. این فرد بر اساس مشخصات، مستحق درمان حملات حاد با تریپتان و درمان پیشگیری می باشد البته وی باید تکنیک های شل کردن عضلات را برای کنترل درد انجام دهد.

شرح حال

برای بیماران با سردرد مزمن در ابتدا با یک شرح حال مناسب باید تشخیص و راهکار درمانی مناسب پیدا شود. برای تشخیص سردرد مزمن روزانه باید بیماری های زمینه ای خطرناک رد شوند. در شرح حال و معاینه، ضایعات فضاگیری و پاتولوژیک و اختلالات روان پزشکی باید رد شود. در نوجوانان دارای سردرد بهتر است مصاحبه در هر دو حالت (همراه پدر و مادر و به تنهایی) انجام شود مخصوصاً در شرح حال همراه پدر و مادر باید شرح حال گیرنده، به روابط بین فردی فرزندان و والدین توجه داشته باشد. آیا مادر تمام سوالات نوجوان خود را پاسخ می گوید؟ فکر می کنید مشکلی در بین آنها وجود دارد؟ مصاحبه تنهایی هر کدام را با مصاحبه ی همراه هم مقایسه کنید اگر آن ها حاضر به مصاحبه جدا از هم نیستند، به فکر مشکلی در این بین بیفتید.
البته این نوع مصاحبه بسیار وقت گیر است ولی اغلب بیماران دارای سردرد مزمن به این زمان برای تشخیص نیاز دارند. در این بین باید تشخیص های افتراقی دیگر را با شرح حال دنبال کرد، برای مثال عفونت ها، سینوزیت، تروما، فشار خون، افزایش

---
۱ - Mathew

فشار داخل مغزی، اختلالات عمدی یا سوماتیزیشن باید مد نظر باشد.
یک شرح حال تغذیه ای و دارویی، ممکن است در شناسایی عوامل تحریک کننده مهم باشد. یک شرح حال فامیلی سردرد و یا مشکلات روان پزشکی ممکن است نشان دهنده ی یک کلید جهت تشخیص بالینی باشد.
وجود اختلالات روان پزشکی مانند افسردگی یا اضطراب در افراد با سردردهای مزمن روزانه بسیار شایع تر از بیماران میگرنی یا سردردهای تنشی گاه گاهی به تنهایی است. از طرفی استفاده یا عدم استفاده از داروهای روزانه نکته ی بسیار مهمی در شرح حال می باشد.
بررسی میزان اختلالات عملکرد کودک را می توانید به صورت تعداد روزهای غیبت کودک از مدرسه، تعداد ویزیت های پزشکی به علت سردرد و یا افت تحصیلی یا عدم توانایی او در شرکت در فعالیت های خارج از مدرسه حدس زد.
همیشه باید در پی کشف مشکلات بین والدین و فرزند (که معمولاً به صورت نهفته است و به شما نمی گویند) باشید. همانطور که قبلاً هم گفته شد، استرس ها و اضطراب ها، افسردگی ها و مشکلات بدنی دائمی مهم ترین عوامل تحریک کننده ی اینگونه سردردها هستند که این استرس ها می تواند به علت مشکلات مدرسه از ترس قبول نشدن تا رقابت برای نمره بهتر را شامل شود.
البته ژنتیک هم در آن به عنوان عامل زمینه ای وجود دارد و می تواند به صورت خانوادگی هم وجود داشته باشد. علاوه بر این نحوه برخورد فامیل با سردرد و چگونگی برخورد با آن شاید مهم تر هم باشد. پس شرح حال خانوادگی و این که پدر و مادر درباره ی سردرد چه نظری دارند بسیار مهم است.

معاینه ی فیزیکی

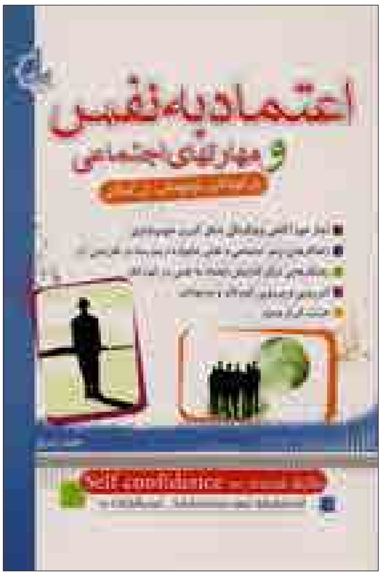
در معاینه ی فیزیکی باید علائم حیاتی مخصوصاً اندازه گیری فشار خون جهت کشف افزایش فشار خون مد نظر باشد. جهت کشف سندرم های جلدی عصبی مثل نروفیبروماتوز، پوست به دقت معاینه شود، باید در پی بررسی بینایی جهت پیدا کردن اختلالات بینایی باشیم که این خود ممکن است باعث شدت سردرد شود.
معاینه ی عصبی باید حتماً جزء کار باشد. فوندوسکوپی نیز باید انجام شود.
همچنین باید به دنبال بررسی جمجمه از لحاظ حساسیت روی مفصل فک جهت اختلالات آن و لمس سینوس های صورت جهت بررسی سینوزیت باشیم. اگر در معاینه ی فیزیکی و شرح حال، نکته ی پاتولوژیکی پیدا نکردید و سردرد کودک در چهار ماه اخیر (منتهی به زمان) مراجعه یا معاینه تغییر قابل توجهی نداشته است، احتیاجی به تصویربرداری نمی باشد.
الکتروآنسفالوگرافی مثل بقیه سردردها کمک کننده نمی باشد، مگر این که شرح حال و ار آی غیر طبیعی در جهت تائید بیماری های حمله ای مثل تشنج وجود داشته باشد.

درمان

درمان سردرد روزانه مزمن در کودکان هنوز به صورتی تجربی انجام می شود و مطالعات بهتری باید در این رابطه انجام شود.
در ابتدا باید یک ارزیابی منطقی درباره علت سردرد و عوامل تحریک کننده آن انجام شود و ابتدا سعی در حذف این عوامل داشته باشیم و بطور کلی پایه و اساس درمان سردرد روزانه مزمن، درمان پیشگیری کننده می باشد تا درمان حاد.
راهکارهای درمانی بطور کلی بر اساس عوامل زیر می باشد:
کنترل استرس، حذف موارد تحریک کننده سردرد، داشتن یک خواب منظم و به اندازه فعالیت منظم بدنی در ۲۰ تا ۳۰ دقیقه (مثل ورزش ایروبیک روزانه) روش های آرام سازی و بیوفیدبک، داشتن یک غذای مناسب و منظم و عدم استفاده از غذاهای محرک ایجاد کننده سردرد، استفاده از میزان مناسب مایعات بدون کافئین، در صورت استفاده زیاد از داروی مسکن و شک به سردرد ریباندی (برگشتی) باید سعی در قطع آن داشته باشیم.
درمان دارویی پیشگیری کننده به صورت روزانه.
همانطور که گفته شد چون استرس و اضطراب، نقش مهمی در سردرد مزمن روزانه بازی می کند، فرد باید سعی کند یک روش زندگی کم استرس و کم هیجان داشته باشد. در ضمن، در بسیاری از موارد، مشاوره با یک روان پزشک بسیار مهم است. درمان دارویی استفاده شده که در بیشتر موارد هدف درمان پیشگیری کننده است می تواند شامل موارد زیر باشد:
ضد افسردگی های سه حلقه ای یا مهار کنندگان انتخابی جذب سروتونین
بتابلوکرها
ضد تشنج شامل سدیم والپرات و توپیرومات
آنتی هیستامین ها مثل سیپروهپتادین
ضد التهابی غیر استروئید مثل ناپروکسن
البته هنر پزشک در استفاده از کمترین میزان دارو و هماهنگی برای ادغام مناسب چندین روش درمانی مناسب می باشد.

اعتماد به نفس و مهارتهای اجتماعی

تالیف: احمد پدرام



حدود سه سال قبل جلد خبرنامه با پوستر معرفی کتابهای آقای پدرام، زینت یافته بود. در آن زمان «گل آبی سلام» و «مثل آسمان بهارم» و «خانواده و تربیت فرزند» چاپ شده بود و ما بقی در چاپخانه یا ارشاد، یا منتظر برای یک بار دیگر خوانده شدن بودند. با هر شماره خبرنامه، یک یا دو کتاب جدید از ایشان معرفی شد. «نقره موی مادربزرگ»، «کلنجارهای ما»، «دلواپسیهای جنسی»، «تن آرامی». سرعت تولیدات ایشان مرا به شگفتی وا می دارد. اگرچه سالها تجربه درمان، سخنرانی و دست به قلم بودن، چنین توانایی شگرفی را بوجود آورده است. ذهن پویا و نگاه جویا و بیان شیوا در آثار ایشان موج می زند. این کتابها همه کاربردی هستند و مصداق کتاب درمانی.
در اطاق ساده ای سالهاست پای صحبت مراجعین می نشیند، و در کنارش یک بغل کتاب با عنوانهای گوناگون، منتظرند تا به دستانی برسند که قصد بازکردن گره مشکلات زندگی خود را دارند.
این بار کتاب «اعتماد به نفس و مهارتهای اجتماعی» و «رفتارهای پسندیده و ناپسند» نیز به جمع کتابهای ایشان پیوسته است.
از کتاب «اعتماد به نفس و مهارتهای اجتماعی» فصل ششم را برای نمونه آورده ایم اگرچه کتاب یک دست نیست و آنچه می خوانید انعکاس همه قسمتها نمی باشد.

فردیت و تعلق در فرزندان:

با توجه به نکات ذکر شده در فصل های قبل در مورد اهمیت اعتماد به نفس و عزت نفس در امور جسمی و اجتماعی و تحصیلی در این فصل نگاهی کوتاه به اصولی ضروری در زمینه ی شکل گیری فردیت و تعلق فرد به خانواده و اجتماعی و هویت یابی داریم. چهار ویژگی ذیل در شکل گیری هویت و فردیت و احساس همبستگی و تعلق به جامعه و خانواده نقش اساسی دارد:

بی همتایی، همبستگی، قدرت، داشتن الگو

نکاتی در مورد اعتماد به نفس

بی همتایی: ما به کودکمان یاد می دهیم که فردی بی همتاست و بطور ذاتی دارای ارزش انسانی می باشد و به عنوان یک فرد ویژگی های منحصر به فرد و توانایی ها و استعدادهای خاصی دارد که مختص اوست و همه ی افراد تفاوت های فردی دارند و این نکته در رشد عزت نفس و احترام و اعتماد به نفس مهم است. تذکر محدودیت ها و ناتوانی ها و قبول نسبت ها و تفاوت ها در کنار منحصر به فرد بودن و بی همتا بودن باعث می شود که کودک از ابتدا خود را همان گونه که هست بپذیرد و برای این بی همتایی احترام قائل شود. خصوصیات بدنی، وضع ظاهری، مهارت های اختصاصی، قریحه ها، زمینه های اجتماعی یا فرهنگی خاص و علائق حرفه ای در هر کودک باید به تدریج شناخته و مورد توجه قرار گیرد و به کودک شناسانده شود.

احساس همبستگی: احساس دلبستگی و همبستگی را باید در کودکان ایجاد کرد مادران و پدرانی که فرزند خود را بهتر از دیگران دانسته و او را به فردگرایی تشویق می کنند فرزند خود را دچار مشکل می کنند. پدر و مادرهایی که به کودکان خودعبارات ذیل را می گویند در نظر بگیرید«با بچه های بد بازی نکن، تو از همه بهتری، حیف توست که با این بچه ها بازی کنی، هر کس حرف زشت زد با او حرف نزن، خوراکی ات را به کسی نده، هیچکس بهتر از تو نیست، ببین بابا و مامان تو با پدر و مادر آنها یکی است؟ تو بهترین نقاش هستی، تو از همه بهتر می دوی، تو از همه قوی تر هستی» این عبارات و بسیاری اظهارات مشابه باعث می شود کودک با انتظاری وارد جمع شود که از همه بهتر باشد و خود و خانواده ی خود را تافته ی جدا بافته بدانند و وقتی می بیند همسالانش آنقدر که او انتظار دارد به وی توجه ندارند دچار سرخوردگی و احساس ناکامی می شود. همین احساس در برخوردهای معلم و یا فامیل و آشنا که به کودک به عنوان یک فرد عادی نگاه می کنند می تواند بروز کند. کودکی که غیر فردیت و بی همتایی خود به وجود تعلق و ریشه در خود پی می برد و با اشخاص مهمی مثل خانواده و خویشان و مدرسه و اجتماع احساس پیوند می کند، در فعالیت های فرهنگی، مذهبی، هنری و ورزش با گروه همسالان شرکت داشته و به شکل های مختلف با خانواده و اجتماع گره می خورد، احساس ارزش ناشی از این همبستگی در او احساس مثبت و اعتماد و احترام به نفس ایجاد می کند. احساس تعلق به خانواده و گروه و سازمان و فرهنگ و دین و ملت و کشور و جامعه ی انسانی همگی نوعی همبستگی و با هم بودن را ایجاد می کند.

احساس قدرت: احساس توانمندی و قدرت از قبول مسئولیت و توان عملی کردن مقاصد و کنترل هیجانات ناشی می شود.

احساس توان نفوذ داشتن بر دیگران و توان تصمیم گیری ها در بعضی از امور (پوشیدن لباس یا انتخاب نوع بازی و ...) از پایه های اولیه ای است که نشان می دهد کودک دارای قدرتی در حد سن خود می باشد، داشتن این اختیارات و توجه معقول به آن به کودک نشان می دهد که او قدرت دارد و می تواند بر خود کنترل بیشتری داشته و تحمل مواجهه با ناکامی ها را نیز به تدریج یاد گرفته و افزایش دهد. قدرت آموختن و آموزش دادن نکته ای است که در بازی های کودکانه شاهد بروز و رشد آن در کودکان هستیم. کودکی که به همتای خود نحوه ی استفاده و راه اندازی اسباب بازی خود را نشان می دهد یا مشغول همکاری با همتای خود می شود تا برجی را بسازند در حال نشان دادن قدرت خود و توان آموختن و آموزش دادن است و به تدریج قدرت حل مشکلات را در خور سن خود فرامی گیرد. ارتباط مناسب با کودک و در اختیار داشتن و قرار دادن بعضی زمینه ها و امکانات برای خانواده این فرصت را ایجاد می کند که به کوئدک اجازه دهند تجربه کند و بخه خود باوری و احساسقدرت متناسب با سن خویش برسد. احساس بی همتایی احساس همبستگی با خانواده و دیگران و احساس قدرت در شکل گیری یک احساس خوب نسبت به خود موثر است.

داشتن الگو: کودک سه ساله ای که کفش مادر یا پدرش را می پوشد یا شانه ی مادر یا پدر را به موهای خود می کشد، پسری که ریش تراش پدر را برمی دارد و یا مثل پدر و مادرش مشغول خواندن کتاب می شود یا کتاب را خط خطی می کند الگوهایی را به طور خود آگاه یا ناخودآگاه برای تقلید و یادگیری انتخاب کرده است. همین کودکان در سالهای آینده باز هم الگوهایی را در زمینه های مختلف سرمشق قرار خواهند داد. الگوهای رفتاری، فکری، عاطفی این مجال را به کودک می دهد که بداند کیست، چگونه رفتار کند، چه عقایدی داشته باشد و چگونه با مشکلات مواجه شود و آنها را حل یا تحمل کند.

با توجه به نکات ذکر شده و جهت رشد و تقویت خصوصیات چهارگانه ی فوق و اعتماد به نفس در کودکان تاکید می شود که پدران و مادران بهتر است ابتدا به بررسی چگونگی **اعتماد به نفس** خود بپردازند و ضمن تلاش برای جبران و ترمیم نسبی آن به پایه ریزی یا تقویت اعتماد به نفس فرزند خود ادامه دهند.

نکاتی در مورد اعتماد به نفس در فرزندان

دوره و زمان مناسب جهت ایجاد اعتماد به نفس مشخص و محدود نیست اگرچه پایه های آن در کودکی ریخته می شود ولی این دوران دائمی است و تا آخر عمر ادامه خواهد داشت. از همین لحظه در رابطه با خود یا فرزند خود می توانید تغییرات مناسبی ایجاد کنید.

شما تنها کسی هستید که می توانید به خود اعتماد دهید. به یاد داشته باشید که چنانچه کس دیگری این احساس را به شما بدهد به همان سادگی نیز می تواند **آن را از شما پس بگیرد.** افرادی که احساس ارزشمندی خود را منوط به تعریف و تمجید دیگران می دانند مسلماً شکننده خواهند بود، اما افرادی که بدون قید و شرط خود را پذیرفته اند می توانند با نقاط قوت و ضعف خود بهتر و موثر تر برخورد کنند. همین احساس را در فرزند خود ایجاد کنید اگر تا به حال او را وابسته به تائید دیگران گرده اید به اشتباه خود اعتراف کنید و تایید درون را مقدم بر تایید بیرونی کنید با مثال هایی به فرزند خود نشان دهید که رفتار نیکو برای خود فرزند پسندیده است و ممکن است که دیگران نیز این رفتار را تایید نمایند و یا توجه نکنند.

چیزهایی که در زندگی برای شما مهم و باارزش تر می باشند مشخص کنید. ایا مطابق با خواسته های خود و آنچه برایتان مهم است زندگی می کنید، یا خود را محدود به تائید دیگران یا ترس های درونی کرده اید؟

معمولاً در زندگی برای به دست آوردن بعضی چیزها، چیزهای دیگری را باید از دست داد. مشخص کنید که چه چیزی در حال حاضر برای شما در درجه ی اهمیت قرار دارد. باید کاملاً واقف باشید که در ازاء به دست آوردن هر چیز، چه چیزی را از دست خواهید داد و ارجحیت هر مورد را برای خود کاملاً مشخص کنید. گفته شده برای رسیدن به یک آرزو نیز باید چند آرزوی دیگر را کنار گذاشت.

تصور نامطبوعی را که از گذشته ی خود دارید با توجه به نکات مطرح شده در این فصل مورد بازبینی قرار داده و به تدریج کنار بگذارید. اشتباهات پدر و مادر خود را ببخشید و آن را ناشی از بی اطلاعی آنها بدانید. هیچکس به پدران و مادران ما آموزش نداده است. همیشه همه ی پدران و مادران در تربیت فرزندشان نیت مثبت دارند. آنچه موجب مشکل می شود ناآگاهی است. شاید بتوان گفت انصاف و گذشت در رابطه با برخوردهای اشتباه پدر و مادر نیز خود مرحله ای از تقویت اعتماد به نفس و خودباوری باشد که از پذیرش خانواده و احساس تعلق و همبستگی به آنها صورت می گیرد.

جملات منفی و برچسب هایی که در مورد خود به کار می برید مورد توجه دوباره قرار

داده و با دلایل منطقی با خود برخورد کنید. تصورات منفی، ما را تحت نفوذ و تسلط خود گرفته است و اجازه نمی دهد که به تغییرات مثبت خود توجه کنیم. رسیدن به جاه و مقام یا تحصیلات عالی که ظاهراً فرصت آن را از دست داده ایم پله های اعتماد به نفس نیستند. نگاه منصفانه به خود و ارزش های انسانی و شناخت چگونگی ایجاد این باورها به ما کمک می کند خود را بپذیریم و باز از فرصت های موجود بهتر و بیشتر استفاده کنیم و همین نکات را با فرزندان خود مورد بحث قرار دهیم.

نسبت به خود مهربان و با انصاف باشید. بسیاری از افراد آن قدر که با دیگران مهربان و بخشنده هستند نسبت به خود مهربانی و **گذشت نداشته** و عیب های خود را بزرگ کرده و **به خود بی احترامی و اهانت** می کنند. شاید شما هم در این زمینه مشکل داشته باشید. مطمئن باشید تا خود شخص برای خودش احترام قائل نشود، احترام دیگران را نخواهد پذیرفت یا باور نخواهد کرد.

گاهی احترام دیگران نیز باعث توجه بیشتر فرد به خود می شود و احساس می کند که دیگران او را درست نشناخته اند و اگر ضعف های او را بدانند دیگر به او احترام نخواهند گذاشت.

هر کس خود مهم ترین و موثرترین فردی است که می تواند خود را **شادکام** کند. این قدرت و اختیار شماست که خود را دوست داشته باشید. اگر گاهی کسی با شما برخوردی داشت که احساس سرخوردگی کردید به یاد آورید که **این موارد جزئی از یک زندگی طبیعی** است و می تواند باعث رشد و بالندگی و بلوغ روحی و روانی شود. هیچ انسان سالمی برای همه دوست داشتنی نیست و طبیعی است که گاهی از طرف دیگران مورد بی مهری قرار گیرد.

تغییر فکر و احساس و افزایش اعماد به نفس موضوعی نیست که یک شبه ایجاد شود.

سعدی به روزگاران مهری نشسته بر دل

بیرون نمی توان کرد الا به روزگاران

همان گونه که ضعف در خودباوری و شعف در اعتماد به نفس، ناشی از چگونگی برخورد پدر و مادر در طول دوران کودکی است و موضوعی نیست که یک باره به وجود آمده باشد، برطرف کردن آن نیز نیاز به توجه و تلاش و گذر زمان دارد. یکی از شیوه های موثر برای کمک به خود، گفتگوی درونی مثبت است که در مقابله با باورهای منفی و القائات منفی موجود در ذهن می تواند کارساز باشد.

درواقع شخصی که متوجه چگونگی ضعف اعتماد به نفس خود شده در موقعیتهای مختلف با حضور ذهن، گفتگوی درونی مثبت را فعالانه ادامه داده و ارزش انسانی خود را ورای تمام این ارزش ها قرار می دهد و با احترام به خود و تاکید بر باورهایی مانند «هیچکس کامل نیست»، «هر کس توانایی ها و محدودیت هایی دارد»، «انسان دارای ابعاد گوناگونی است»، «من حاصل باورهای خود در مورد خود می باشم» با خود به سازگاری و بینش مناسبی می رسد. باز هم تاکید می شود که تمرین فکری و تکرار گفتگوی درونی مثبت ضروری است.

برای تغییر این باورها نیاز به زمان و تلاش داریم و باید به تدریج ایجاد شود.

به جملاتی که خود را توصیف می کنید آگاه شوید و آنها را به شرح زیر تغییر دهید:

جمله ی «من این طور هستم» را به «من اینطور بوده ام»

جمله ی «نمی توانم خود را تغییر دهم» را به «اگر سعی کنم می توانم خود را تغییر دهم»

جمله «من همیشه اینطور بوده ام» را به «تصمیم گرفته ام خود را تغییر دهم».

توجه کنید که بعضی خصوصیات قابل تغییر و بعضی غیر قابل تغییر هستند و آنچه که غیر قابل تغییر است یا خدادادی و ژنتیک است و یا دوره ی قابلیت تغییر آن گذشته است. همین نگرش را در بحث های ساده و صمیمی به فرزندان خود آموزش دهید.

بر توانایی های خود تکیه کنید. برای فعالیت های خود ارزش قائل شوید و به کارهایی که توان انجام آن را دارید بپردازید. به خاطر تلاش هایی که دارید خود را تشویق کنید. یکی از مهارتهای مهم زندگی تقویت و تشویق خود در زمان تلاش و موفقیت است. بهتر است بیش از فکر کردن درباره ی نتیجه به تلاش و توانایی خود تمرکز کنید. این کار می تواند به شما کمک کند تا بتوانید با محدودیت های اجتناب ناپذیر زندگی خود کنار بیایید.

ریسک کنید. خطر کردن و اشتباه کردن موجب تجربه های جدید با دیدی آموزشی است. پس از برد و باخت هراس نداشته باشید. در صورتی که این گونه عمل کنید شرایط جدیدی برای شما فراهم می شود و می توانید حس خویشتن پذیری را در خود تقویت نمائید.

پدر و مادرها در رابطه با کودکان خویش نیز گاهی فرصت تجربه را نداده و حتی دست زدن به شاخه ی درخت یا گل یا لمس یک شیء را برای کودک در خانه و خیابان و پارک و صحرا و مغازه ممنوع می کنند. منع کردن و فوری «نه» را به زبان آوردن، کودک را در مورد هر تجربه ی جدیدی بیمناک نموده و فرصت تجربه و شناخت خود و پیرامون خود را از او می گیرد.

مراجعینی که در جلسات مشاوره اظهار می کنند پدر و مادر آنها فرصت تجربه کردن و تصمیم گیری را از آنها می گرفته اند کم نیستند.

مادران این نوع فرزندان اظهار می دارند که اگر فرزند آنها تکلیفی را ناقص انجام داده و به مدرسه ببرد آبروی آنها خواهد رفت و بعضی از آنها حتی به جای فرزند خود کار دستی و تکلیف کودک را نوشته و از او می خواهند که در مدرسه تکلیف یا کاردستی را به عنوان «کار خود» ارائه دهد. **به نظر شما این کودک اعتماد به نفس پیدا می کند یا احساس خفت ناشی از دروغگویی و ناتوانی؟**

موقعیت مالی، محل زندگی، شغل پدر، میزان تحصیلات خود یا خانواده هیچکدام به خودی خود عاملی برای احساس بزرگی یا کوچکی نیست. پدر و مادری که به دلیل زندگی در محله ای خاص خود را حقیر یا بدبخت می داند همین احساس نادرست را به فرزند خود انتقال می دهد. پدر یا مادری که به دلیل تحصیلات پائین یا شغل پائین احساس ناکامی یا

حقارت می کند همین احساس را به فرزند خود نیز انتقال می دهد. تحقیقات نشان می دهد که استاد دانشگاه بودن یا کارگر ساده ی یک رستوران بودن هیچکدام عامل خوشبختی یا بدبختی یا زمینه ساز اقتدار درون و عزت نفس نیست. اگرچه امکانات اقتصادی و تحصیل رفاه می آورد ولی اعتماد به نفس یا عزت نفس و احساس شادکامی هیچ ارتباطی با عوامل فوق ندارد. کما این که اگر پدر و مادر مرفه و تحصیل کرده ای نیز مرتباً در این رابطه فخرفروشی داشته و به فرزند خود القا نمایند که موقعیت اجتماعی یا اقتصادی آنها موجب برتری آنها بر دیگران است، در تعاملات اجتماعی به ناکامی ها و سرخوردگیهای زیادی خواهند رسید. اگرچه ممکن است تشخص های اقتصادی و اجتماعی برای بعضی افراد امتیازات ویژه ای ایجاد نماید ولی اعتماد به نفس و عزت نفس موضوعی است که به خود شناسی و آگاهی فرد از افکار و عواطف خود بستگی داشته و حاصل یک رابطه ی متعادل بین فرد و ضمیر خویش و فرد با محیط و افراد جامعه خو می باشد. در واقع بسیاری از اوقات می بینیم که بعضی افراد یک «من کوچک» برای خود و فرزندشان ایجاد کرده و بعضی نیز خود و فرزندشان را گرفتار یک «من مروم کرده» نموده اند که هر دو نوع آن آسیب پذیر می باشند.

البته باید توجه داشت که اعتماد به نفس همانطور که نسبی است وابسته به فرهنگ نیز تلقی تلقی می شود. خانواده و تحصیلات و نوع شغل در خانواده نوع انتظاراتی را که در فرد ایجاد می کند متفاوت می سازد. انتظارات و هدف چینی در کودکانی که پدرانشان شغل های متفاوت دارند و یا شغلشان یکی است می تواند متفاوت باشد. نظام ارزشی حاکم بر خانواده ها، انتظارات و خودپنداره های متفاوتی را در این افراد ایجاد می کند. تغییر در نگرش ها و انتظارات به دنبال تعامل با مدرسه و اجتماع و تغییر ارزش ها در جامعه می تواند به تدریج در فرد ایجاد شود. اوج این تغییرات را می توان در دوران دانشجویی مشاهده کرد.

وقتی فرد در حیطه و حوزه ی خود توانایی داشته باشد **احساس کفایت** می کند، اگر در کار خود احساس ضعف جدی کند **اعتماد به نفس** او خدشه دار می شود. ولی وقتی از فردی انتظاری وجود دارد که خارج از حیطه ی توانایی و دانایی اوست، اظهار «نمی دانم یا نمی توانم» نباید چیزی از اعتماد به نفس او بکاهد. آنچه موجب آسیب رسانی می شود، **عدم تعیین همین مرزها و انتظارات در افراد** است. پدر و مادرها باید انتظارات خود را در مورد خودشان و فرزندشان معقول و مقدور نمایند.

با خودتان صحبت کنید: یکی دیگر از مهارت های زندگی گفتگوی درونی مثبت است. وقتی ما به درون خویش بنگریم در می یابیم که همواره در حال اندیشیدن یا گفتگوی با خویشتن هستیم. افراد افسرده و مضطرب در حال واگویی نکات منفی درباره ی خود و جهان و آینده می باشند. این افراد با گفتگوی منفی در مورد خود و پیرامون خود عزت نفس و اعتماد به نفس خود را خدشه دار می کنند.

به فرزندان خود بیاموزیم که به این گفتگوها که همان «تفکر» است توجه کنند و با افکار منفی خود چالش کرده و صحت و سقم افکار خود را بیازمایند.

یاد بگیریم با گفتگوی درونی مثبت و استدلال منطقی فرضیات اشتباه ذهن خود را شناخته و خطاهای و فکری خود را تشخیص داده و آنها را اصلاح کنیم. انتظارات زیاد از خود یا، داشتن یکی از خطاها و فرضیه های ذهنی است که باعث می شود ما دچار ناکامی شویم. انتظارات معقول و مقدور باعث می شود با خوب پنداشتن خود و دیگران یا با تایید خود و دیگران به همان گونه ای که هستیم احساس بهتری داشته باشیم. فراموش نکنیم عبارت «**من خوبم، تو خوبی**» موثرترین اندیشه و زیربنای یک رابطه ی انسانی می باشد. عبارات و باورهای «**من خوبم، تو بدی**»، «من بدم، تو خوبی»، «**من بدم، تو بدی**»، گویای رابطه های بیمارگونه و و آسیب رسان می باشد.

ارزیابی خود: این ارزیابی اگر درست انجام گیرد به رشد شناختی و درمان عاطفی و تقویت رفتاری کمک خواهد کرد. خود را بطور منطقی و با توجه به شرایط زمانی و مکانی یا گذشته ی خود مقایسه کنید تا پیشرفت ها یا تجربه های بدست آمده را در یابید. **مقایسه ی انرژی خود در سالمندی با جوانی** ارزیابی درستی نیست. مقایسه ی تجربیات و دست آوردهای آن نسبت به گذشته می تواند باعث احساس رضایت از خود شود و طبعاً احساس خوبی را در فرد ایجاد می کند و در نتیجه رفتار فرد نیز به سمت هدف های دیگر نیز تقویت خواهد شد. عبارت «کاش تجربه ی حالا را بیست سال قبل داشتم» **تعبیر نادرست و سفسطه آمیزی** است و می تواند باعث **حسرت و افسردگی** شود. به فرزندان خود نیز ارزیابی صحیح را آموزش دهید و آن را با مقایسه های تحقیر آمیز اشتباه نکنید.

توجه دوباره به عوامل بالا نشان می دهد اگر پدر و مادری خود اعتماد به نفس و عزت نفس داشته باشند بهتر می توانند مشکلاتی را که در ساختار شخصیت فرزند آنها پیش می آید شناسایی و در جهت رشد اعتماد به نفس و احترام به نفس در فرزند خویش صبورانه اقدام کنند. رقابت های غیر اصولی و انتظارات بیش از حد و ایجاد تضاد در احساسات و افکار کودک و نوجوان و مقایسه ی او با دیگران موجب بروز احساس گناه می شود ولی رفتار سالم با فرزندمان باعث جرئت ابراز وجود و احساس سلامت روان و رفتار و فکر او شده و شجاعت اخلاق فرزند ما را افزایش می دهد تا بپذیرد کامل نیست ولی سالم است، دریابد که هیچ انسان سالمی کامل نیست و انسان **سالم شخصی** است که **دریافته دارای نقاط قوت و نقاط ضعفی** است.

نکته ی پایانی این فصل اشاره به **موضوع اعتماد به نفس کاذب** می باشد. بعضی افراد جهت جبران خود کم بینی ها و احساس حقارت خود ممکن است با مبالغه کردن در توانایی خود و نشان دادن چهره ای توانا و «همه کار توان» ظاهری خوش آب و رنگ و منطقی از خود نشان داده و ظاهراً نیز انتقاد پذیر جلوه کنند. این افراد آموخته اند با این «ماسک» در مقاطع مختلف خود را مثبت نشان دهند ولی در ادامه ی ارتباط مخاطب آنها متوجه می شود که فرد آنگونه که می نماید نیست. این افراد در خلوت خود نیز متوجه این ناتوانی و ضعف وجودی شده و در خفا یا ناخودآگاه احساس شرمساری و حقارت دارند و گاه نیز ممکن است اقدام به پرخاشگری کنند که برای دیگران غیرمترقبه است. در پی ریزی اعتماد به نفس در کودکان توجه به نکته ی بالا از این جهت مهم است که باز با تاکید بر **موضوع هیچکس کامل نیست** موضوع اعتماد به نفس را نیز یک **موضوع نسبی** بدانیم و نشان دهیم که لزوماً نباید خود را به گونه ای که نیستیم نشان دهیم، شاید تاکید بر این جمله پایان خوبی باشد: تو باید خودت باشی نه کس دیگر.

همه ی ارزش گذاری ها می تواند صوری و بیرونی باشد. داشتن توانایی های خاص، داشتن ضعف های متعدد همگی می تواند جدا از احترام به خود مورد بررسی قرار گیرد. من یا فرزند من ممکن است کارهای درست یا نادرست داشته باشیم، اما این باورها و تصورات از خویشتن به دلیل نسبی بودن تابع محیط بودن نباید باعث ارزش گذاری مطلق در مورد «من» یا «او» و به طور کلی هر شخص دیگری شود. چنان که وقتی کودکی کاری را درست انجام می دهد یا شاتباه می کند باید از کار او به عنوان «خوب» یا «بد» یاد شود نه از کل شخصیت یا همه ی کارهای او. مثلاً باید گفت «علی این کارت خیلی خوب بود» یا «حسن این کارت اشتباه بود»، نباید گفت «علی تو همیشه خوبی» یا «علی تو خیلی خوبی» یا «حسن تو خیلی بدی و ...».

قبول کل شخصیت خود (و دیگران) به عنوان انسان و توجه به بیرونی بودن و نسبی بودن بسیاری از ارزش های اجتماعی (نه اخلاقی و دینی) می تواند در امر تربیت و خودشناسی کمک زیادی به فرد نماید، تا خود را از قید بسیاری از «بایدها» و «نبایدها» و تناقض های درونی که حاصل همان عدم یکپارچگی در ارزش ها و تصورات فرد از خودش می باشد رها سازد. »

دکتر کتایون شفیعی – روانپزشک

قوانین سازمان وظیفه عمومی

در زیر قوانین سازمان وظیفه عمومی ناجا در مورد خدمت سربازی و آئین نامه پزشکی معافیت مشمولان وظیفه عمومی در مورد بیماریهای روانپزشکی جهت اطلاع همکاران محترم آورده شده است:

ماده ۳۳: مشمولان مبتلا به بیماریهای روانپزشکی با توجه به نوع بیماری که به آن مبتلا می باشند از معافیتهای مندرج در هر بند به شرح زیر استفاده خواهد نمود.

بند ۱–انواع پسیکوزها شامل (اسکیزوافکتیو، اختلالات هذیانی، پسیکوزهای آتیپیک مزمن) معاف دائم.

بند ۲ –اختلالات خلقی

الف) شدید در فاز مانیک یا فاز افسردگی اعم از حاد یا مزمن معاف دائم

ب) اختلالات افسردگی اساسی معاف دائم

ج) انواع اختلالات خلقی افسردگی خفیف (دیس تایمی و سایکلوتایمی) اختلال خلقی نوع دوم–هیپومانیا–درصورتیکه با دارو تحت کنترل بوده و یا تهدیدکننده خود و اطرافیانمان نباشد معاف از رزم.

بند۳–انواع اختلالات شخصیتی

الف) انواع سایکوپات و نوع مرزی و نوع اسکیزوئید معاف دائم.

ب) انواع دیگر اختلال شخصیت درصورتیکه ناتوان کننده باشد معاف دائم

ج) درصورتیکه ناتوان کننده نباشد معاف از رزم.

بند٤–انواع نوروزهای شدید و مقاوم به درمان و مزاحم معاف دائم

بند٥–انواع نقیصه های عقلانی و کند ذهنی ها، عقب ماندگی

الف) با ضریب هوشی زیر ٦٠ معاف دائم(در این مورد ظاهراً زیر٦٥ قابل تبدیل است

ب) باضریب هوشی بین ٦٠–٧٥ معاف از رزم (باذکرسن عقلی زیر ۹ سال)

بند٦–اختلالات تکلم و لکنت زبان در صورتی که علت روانی یا نورولوژیک داشته باشد

الف) درصورت شدید بودن معاف دائم

ب) درموارد خفیف خدمات غیر رزمی

بند۷–بیماریهای روانی ناشی از جنگ و حوادث

الف) درصورتی که استقرار یافته باشد به شرط ثبوت در مراکز درمانی نظامی یا دانشگاهی توسط دو نفر روانپزشک معاف دائم.

ب) درصورت عدم استقرار خدمات غیر رزمی

بند۸–اختلال رفتار (عدم تعادل عصبی و روانی) و کژخوئیها بطوری که مغایر شئونات نظامی باشد همچنین انحراف اخلاقی و جنسی مانند ترانس سکسوالیسم معاف دائم

بند۹–اختلالات کنترل تکانه معاف دائم.

تبصره: تیک ها (تکانه های) ضعیف و گذرا مثل پلک زدن و...معاف از رزم.

منبع اطلاعاتی: سایت نیروی انتظامی

مجله علمی-پژوهشی تحقیقات علوم رفتاری

دکتر غلامحسین احمدزاده–سردبیر مجله تحقیقات علوم رفتاری

با کمال خرسندی اعلام می دارد، مجله علمی – پژوهشی تحقیقات علوم رفتاری وابسته به مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، تحت ظل عنایات حضرت حق و همکاری جدی شورای نویسندگان و داوران مجله موفق به توسعه فعالیتهای خود و سرعت بخشیدن به فرایند کارشناسی دستنوشته ها و پاسخ به نویسندگان محترم شده است.

مجدداً از پژوهشگران گرامی دعوت به عمل می آید دست نوشته های خود را در قالب یکی از اشکال: اصیل، گزارش مورد، کوتاه و نامه به دست سردبیر، در یکی از حوزه های روانپزشکی بالینی، روان پزشکی عصب نگر، روانپزشکی اجتماعی، روانشناسی سلامت، روانشناسی بالینی، روانشناسی عصب نگر، روانسنجی و روان پرستاری از طریق پست الکترونیک.rbs@bsrc.mui ac.ir به این مجله ارسال نمایند.

شایان ذکر است، بر اساس بخشنامه مورخ ۸۷/۱۲/۱۴ معاونت تحقیقات و فن آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کلیه دست نوشته های ماخوذ از پژوهشهای کارآزمایی بالینی Experimental & clinical trail تنها در صورت ثبت در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران IRCT و ارائه شماره ثبت آن به دفتر مجله پذیرفته خواهد شد.

به امید پویایی، بالندگی و رشد کیفی فعالیتهای علمی – پژوهشی با همکاری کلیه پژوهشگران توانمند و علاقمند.

عموزنجیرباف

از کتاب «بوی تلخ قهوه»

دکتر سعید عباسپور– روانشناس بالینی

سارا را همه جا بردیم. حکیم قدیمی و کهنه کار، متخصص اطفال، روان پزشک، روان شناس، مشاور، مددکار اجتماعی و خلاصه هر جا پیش هر متخصصی که فکرش را بکنید. فارغ التحصیل های خارج و داخل. فقط یک سوال داشتیم. فقط یک سوال. هر کدام چیزی می گفتند:

«سن سارا اقتضا می کند موضوع را بداند»، «سارا در سنی نیست که بتواند این مسئله را هضم کند»، «سارا باید...»، «سارا نباید...»، «سارا اگر...»، «در هر حال سارا...». همه اش حرف از سارا بود و سارا چیزی نمی دانست. فقط خسته شده بود. می گفت: «مثل بچه ها با آدم حرف می زنند. من دیگر کلاس چهارمم». می گفت: «چرا این قدر سوال می کنند؟ چرا این قدر لبخند می زنند؟ آدم را کلافه می کنند».a تا آن روز که با هزار مکافات از یکی از فرنگ برگشته ها برایش وقت گرفته بودم. با خوشحالی خبر را به همسرم دادم. همان طور که داشت شیر توی قهوه ی سارا می ریخت و زیر چشمی به تلویزیون نگاه می کرد، گفت: «من و سارا دیگر پیش هیچ کس نمی آئیم». صلیب وار دست هایم از هم باز شد و به بدنم کش و قوسی دادم. هم خوشحال شدم، هم تعجب کردم . من هم از این همه رفت و آمد خسته شده بودم. ولی حتی جراتش را نداشتم به خودم بگویم. هر وقت فکرش به سراغم می آمد که آخر تا کی از این مجتمع درمانی به آن کلینیک تخصصی، از آن کلینیک به این مطب، فوراً خودم را سرزنش می کردم: «مرد حسابی تو مسئولیت داری، وظیفه داری. اگر

روزی سارای دسته گلت خدای نکرده...». هر چه اصرار کردم همسرم توضیحی نداد. فقط گفت: «با من، مسئولیتش با من». من هم راحت شدم.

چند هفته ای گذشت. آن روز هم اصلاً قصدی نداشتم، بی خبر از همه جا، تا رسیدم اداره یادم افتاد که امروز آخرین مهلت قبض تلفن است. امروز ندهم قطعش می کنند. این شد که فوراً برگشتم خانه. همسرم کارخانه بود و سارا مدرسه. در به در همه جا را دنبال قبض تلفن گشتم: روی تلویزیون، توی کمدها، توی کشوی میز توالت، توی کیف دستی همسرم، توی جیب کت هایم نبود. هر جا که فکرش را بکنید گشتم. حتی توی یخچال و فریزر، آن جا که همسرم چک ها و شناسنامه ها و گذرنامه ها را قایم می کند. می دانستم دوست ندارد موقع کار به او تلفن کنم. ولی چاره ای نداشتم.

خانم مهندس اشکبوسی وقتی گوشی را از دست مرد تک زبانی گرفت، هنوز داشت تتمه ی دستوری را به کسی که لابد یکی از کارگرها بود حالی می کرد. شاید باز سعی داشت به مدیران هم رده، زیردست، یا کارگرهای زمختی که از داشتن یک رئیس زن دل خور بودند بفهماند که قدرت اداره ی یک کارگاه را در یک کارخانه ی بزرگ دارد. پشت تلفن رسمی و شمرده حرف می زد، طوری که اگر شوهرش نبودم و نمی شناختمش برای شوهرش دلم می سوخت. صدا انگار از حلقوم زنی در نمی آمد که وقتی سارایش تب می کرد، تا صبح بالای سر او بیدار می ماند یا برایش قصه تعریف می کرد تا به خواب رود، یا پاشویه اش می داد. آن قدر جدی و خشک و رسمی حرف زد که نتوانستم به اسم صدایش کنم. گفت:

آقا گوشی! همین که گفتم. مسئول اتاق کنترل حتی نباید به بهانه ی دستشویی، اتاق را ترک کند. آمدیم فردا...

صدا نا مفهوم شد. انگار دهانه ی گوشی را گرفت. بعد از چند لحظه، گفت: بفرمائید آقا!

گفتم: منم.

گفت: بله، حال شما، بفرمائید.

گفتم: هیچی می خواستم قبض تلفن را بدهم، امروز روز آخر...

حرفم را برید و گفت: خوب بپردازید.

گوشی را روی گوشم فشار دادم طوری که فشار دسته ی عینک را به پوست سرم حس کردم. سینه ام را صاف کردم و ادامه دادم:

خانم جان! هر جا را بگوئید گشتم، نبود. خواستم ببینم شما...

وسط حرفم دوید و گفت:

چه می دانم، توی کمدها، روی تلویزیون، توی اتاق سارا، همه جا را دوباره بگردید. خداحافظی کرده و نکرده گوشی را گذاشت. دوباره همه جا را زیر و رو کردم. به اتاق سارا رفتم. روی تخت دو عروسک که موهای یکی از قدش بلندتر بود، در آغوش هم خوابیده بودند. ساعت بالای تخت، یازده ربع کم را نشان می داد. در کمدش نیمه باز بود و سر یک موش سفید از لای در پیدا بود. موشی که همسرم برایش بافته بود. توی کمد او هم نبود. شروع کردم به گشتن قفسه های کتاب. داشتم کتاب خروس زری پیرن پری را که از دستم به زمین افتاده بود سر جایش می گذاشتم که چشمم افتاد به جعبه کفشی که چند روز پیش سارا و همسرم برایم خریده بودند. می گفتند: کادوی پدر نمونه است. پدر نمونه شده بودم، چون در آن هفته به جای یک بار دو بار آن ها را پارک برده بودم. بی تفاوت از جعبه گذشتم که یک دفعه نوشته ی روی آن چشمم را گرفت. «جعبه رازهای سارا». خط خودش بود. پشتم عرق سرد نشست. نکند بو برده باشد؟ فکرهای نگران کننده ی دیگر هم به ذهنم آمد. اما تا به یاد آوردم که سارا فقط نه سال دارد از خودم خنده ام گرفت. دو

زانو نشستم و دستم به طرف در جعبه رفت. انگشتانم روی جعبه ضرب گرفت. بعد در جعبه را باز کردم. هنوز بوی کفش نو می داد. یک دفترچه ی یادداشت کوچک که بارها در دست سارا دیده بودمش و می دانستم در آن چند شماره تلفن و برنامه ی درسی اش را یادداشت می کند. یک دفترچه ی شصت برگی که جلد رویش کنده شده بود و یک پاکت نامه که معلوم بود پر از کاغذ است و یکی دو پاک کن و مداد تراشیده، همه اش همین بود. مثل پسری که مخفیانه سر جیب پدرش آمده باشد، با عجله در جعبه را بستم. بارها به او گفته بودم: «هر کس برای خود یک دنیای شخصی دارد. دیگران باید به آن احترام بگذارند». و او حیرت زده توی چشمانم نگاه کرده بود و یک سوال بی ربط پرسیده بود: «اگر گفتی چه کشوری را می شود خورد؟» آیا من به عنوان مسئول تربیت او حق نداشتم بدانم راز او چیست؟ ولی من می توانستم تا ظهر صبر کنم و با اجازه ی خودش سراغ جعبه بروم. یعنی همسرم همه چیز را می دانست؟ اگر می دانست چرا حرفی نزده بود؟ کف اتاق سرد بود. دوباره در جعبه را باز کردم. هر چه بود توی آن پاکت پر از نقاشی بود. کنار نقاشی ها چند کاغذ به هم منگنه شده بود. از نقاشی ها چیز زیادی سر در نیاوردم. بیشتر آن ها را بارها دیده بودم. در بیشتر آن ها پدر و مادری دخترشان را به پارک برده بودند و یا هر سه دست هم را گرفته بودند و با هم عمو زنجیر باف بازی می کردند. خنده ام گرفت. بعد از خودم خجالت کشیدم. یعنی همه ی راز او همین است؟ خواستم کاغذهایی را که به هم منگنه شده بود سرسری ببینم و دوباره مشغول پیدا کردن قبض تلفن بشوم. از دیدن کاغذ دوم تعجب کردم. نامه ای به خط همسرم که با خودکار و خوانا نوشته شده بود:

... سارای عزیزم! دختر نازنینم! نامه ی پر از محبت و مهربانی ات را نه یک بار بلکه چندین بار خواندم و از خواندن آن اشکم جاری شد. دخترم! تو می توانی هر چقدر دلت می خواهد برای خودت راز داشته باشی. ما بزرگ ترها هم در زندگی رازهایی داریم. من و بابا هم رازهایی داریم. تو هم اگر دلت خواست می توانی رازهایت را برای مامان تعریف کنی. من قول قول می دهم که حتی برای بابایی نگویم...

نامه در جواب یک نامه نوشته شده بود. باید نامه ی سارا را پیدا می کردم. باید می فهمیدمقصود سارا از راز چی بود؟ شتاب زده ورقه ها را زیر و رو کردم. بعد از چندین بار زیر و رو کردن، دریافتم که نامه ها به ترتیب منگنه شده اند. ورقی که روی همه قرار داشت اولین نامه ای بود که سارا به همسرم نوشته بود:

مادر عزیر بسیار عزیزم! مادر جانم! امیدوارم از من و کارهای من راضی باشی. می دانم خدا بچه هایی را که مادرشان از دستشان راضی نباشد دوست ندارد. مادر عزیزم! امروز توی زنگ تفریح وقتی داشتیم با شراره سیب مان را می خوردیم، شراره گفت: «هر کس باید در زندگی برای خودش رازهایی داشته باشد و آن رازها را برای کسی تعریف نکند». گریه هم کرد و گفت. بیچاره وقتی می خواست سیبش را گاز بزند از لبش خون آمد. سیبش هم خونی شد. من که از سیب خودم بهش ندادم چون دهن زده بودم. من هم می خواهم برای خودم رازهایی داشته باشم که اگر قول بدهی آن ها را حتی برای بابا نگوئید...

چرا من نباید می دانستم؟ این چه رازی بود که من نباید می دانستم؟ یعنی تا حالا من خیال می کردم سارا با من صمیمی است؟ یعنی بچه ها هم نقش بازی می کنند؟ همسرم چرا نگفته بود؟ برگه ی دوم همان نامه ای بود که همسرم برایش نوشته بود و برگه ی سوم نامه ی دوم سارا بود.

مادر عزیز تر از گلم. دلم می خواهد رازم را برایت تعریف کنم ولی شراره گفت: «پدر و مادر رازهای بچه هایشان را برای هم تعریف می کنند». دیشب هم که خوابیده بودم شما داشتید با بابا، یک چیزی در گوشی می گفتید. ترسیدم شاید راز من باشد. نکند شما راز من را فهمیده اید. تو را به خدا رازم را برای بابا نگوئید. شاید از دست من عصبانی شود و مثل پدر شراره ول کند برود. وای این راز شراره بود. یک وقت به کسی نگوئید. اگر نتوانستید خطم را بخوانید خودم برایتان می خوانم...

چرا باید من از شنیدن راز سارا عصبانی شوم؟ فوراً برگه ی بعدی را که جواب همسرم بود خواندم:

سارای خوشگل ماما. از این که به من اعتماد کردی و راز دوستت را برایم نوشتی از تو ممنونم. برای دوستت غصه ام شد. اگر دلت خواست می توانی بعضی وقت ها او را به خانه دعوت کنی. اگر دلت خواست از راز خودت هم برایم بنویس. مطمئن باش بابا هم از شنیدن راز تو هرچه که باشد، عصبانی نمی شود. چون من و او تو را دوست داریم. ولی اگر خواستی رازت را برای بابا تعریف نمی کنم. می دانی که بابا هم بی خود اصرار نمی کند...

بغض گلویم را گرفت. شاید از شرم بود. زانوهایم سرد شده بود. نشستم روی زمین. حالا جعبه ی کفش میان پاهایم بود. پشت همان نامه یک نقاشی کشیده بود. سارا با کمک همسرم کشیده بود. لابد نامه ها را هم با هم می خواندند. در آن نقاشی هم دختری داشت با پدر و مادرش عموزنجیرباف بازی می کرد.

روی ورقه ی پنجم کمی جوهر ریخته شده بود. ولی خطش را می شد خواند:

مادر خوب گلم. چون دیروز کلاس پنجمی ها را سینما برده بودند نتوانستم نامه را به شراره نشان دهم. اما امروز نامه را به او نشان دادم. مادر جان! مادر عزیزم، اگر بدانی شراره چقدر از مهربانی شما تعریف کرد. فقط ترسید شما رازش را برای خانم صفوی تعریف کنید. راز من هم این است که چرا شما و بابا این قدر مرا دکتر می برید؟ شراره گفت: «یا چون مریضی بد دارم، یا چون بابا می خواهد ما را ول کند» آخر بابای شراره وقتی می خواسته آن ها را ول کند شراره را یک جاهایی می برده که در آن جا آقاها و خانم ها یک چیزهایی از شراره می پرسیدند. اگر بابا بخواهد من و تو را ول کند کاش بمیرد. بیا من و تو هم او را دوست نداشته باشیم...

عجیب نیست؟! بیخ گوش آدم توی خانه ی آدم یک اداره ی پست باشد و آدم خبر نداشته باشد. مسئله ی قبض تلفن و برگشتن به اداره را کلاً فراموش کرده بودم. چرا سارا درباره ی من آن طور فکر می کرد. مشاجره های من و همسرم خیلی کم بود. هر وقت هم بود با مداخله ی سارا یا تمام می شد یا هر دو سکوت می کردیم. مگر این همان سارایی نبود که تا از اداره بر می گشتم دست هایش را دور گردنم حلقه می کرد و برایم شعر می خواند: «دیشب زن مش ماشاالله بی درد، مرغ های محله را خبر کرد....».

شاید اگر من هم جای همسرم بودم در جواب آن نامه همه چیز را برایش می نوشتم. در برگه ی ششم نوشته بود:

سارای بلای ناز مامان! من از داشتن دختر باهوش و خوشگلی مثل تو، خیلی خوشحالم. اگر تو هم قول قول بدهی که راز مامان و بابا را برای کسی تعریف نکنی و مامان و بابا را دوست داشته باشی می خواهم رازمان را برای تو دختر عاقلم بنویسم، تا بدانی دلیل بردن تو به مطب روانشناس ها و دکترها چی بوده. حالا از عروسی مامان و بابا بیست سال می گذرد، ده سال پیش از این دکترها گفتند که مامان و بابا یک مریضی دارند که نمی توانند بچه دار شوند. ما هم به یک جایی رفتیم که بچه های خوشگل و ناز را در آن جا نگهداری می کردند. ما هم تا تو را دیدیم عاشقت شدیم و تو را از آن جا گرفتیم و تو شدی سارای مامان و بابا. ما تو را پیش متخصص های مختلف می بردیم تا به ما راهنمایی کنند چه جوری رازمان را برای تو تعریف کنیم. حالا هم اگر قول قول می دهی که راز بابا و مامان را برای کسی تعریف نکنی و بابا و مامان را دوست داشته باشی می توانی به جای جواب نامه، برایم یک نقاشی قشنگ بکشی. دوستت دارم. مامان پروین.

آخرین برگ، یک نقاشی بود که معلوم بود دخترم بدون کمک مادرش کشیده است. در آن نقاشی دختری که لبخند می زد داشت با پدر و مادرش عمو زنجیر باف بازی می کرد و زیر آن نوشته شده بود:

عمو زنجیر باف! بله. زنجیر منو بافتی؟ بله. پشت کوه انداختی؟ بله. بابا اومده...

ویژه نامه نوروز ۸۸ انجمن روانپزشکان ایران را بدین منظور که در دسترس روانپزشکان سراسر کشور قرار گیرد، مجدداً در این خبرنامه چاپ نمودیم.

نفس باد صبا مشک فشان خواهد شد — عالم پیر دگر باره جوان خواهد شد
ارغوان جام عقیقی به سمن خواهد داد — چشم نرگس به شقایق نگران خواهد شد
این تطاول که کشید از غم هجران بلبل — تا سرا پرده گل نعره زنان خواهد شد

بهار از راه می رسد با زایش زیباییها و خلق شگفتی ها ، به نطفه بستن امید ها دل بسته ایم و رقص آرزوها را به تمنای دیدار در سر داریم. باشد که بر این سرزمین زیبا و کهن شاهد سالی خوب باشیم سالی به دور از خشک سالی و سر شار از راستی و راستگویی و سلامتی .
نوروز گرامی بر شما و خانواده محترم خجسته باد.

دکتر احمد جلیلی

معرفی کتاب

برنده جایزه فصل خانه کتاب

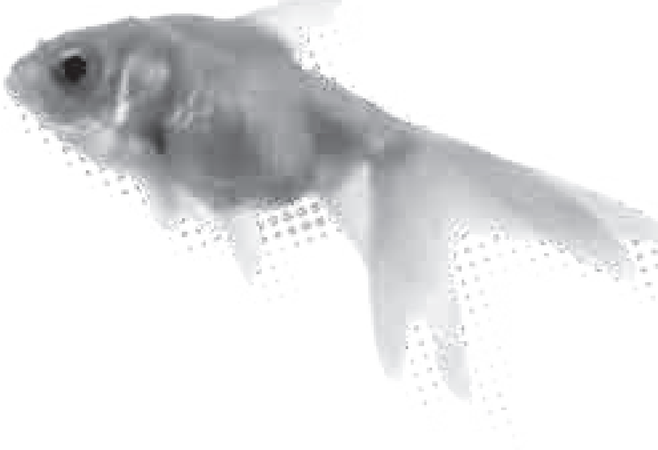
« در گذشته نه چندان دور ، دیوانگان موجودات نا خواسته ای شمرده می شدند که گرچه گاهی تاثر و تاسف مردم را بر می انگیختند، اکثر آنان را مایه سر افکندگی و شرمساری می دانستند.گاهی نیز موجب تعجب و تحیر و یا اسباب خنده و تفریح مردم بودند .در همه حال ، دیوانگان افراد مزاحمی به حساب می آمدند که در اجتماع ، موقع و محل نداشتند و از جامعه رانده می شدند.دار المجانین ها و تیمارستان ها نیز در ابتدای امر به همین منظور ، یعنی برای حفظ جامعه از ننگ و گزند آنان بنا شده بودند».

آنچه خواندید بخشی از کتاب جدید استاد دکتر داویدیان بنام « تاریخچه تکوین روان پزشکی نوین در ایران»است که توسط انتشارات ارجمند در سال گذشته به چاپ رسیده است . در این کتاب ، استاد با نثر شیرین و شیوای خود خواننده را به گذشته های دور و نزدیک این مرز و بوم و تاریخچه روان پزشکی آن می برد و او را با سیر تحولاتی که بر روان پزشکی این سرزمین گذشته است آشنا می کند.

نحوه تالیف کتاب همچون داستانی پر جذبه و کشش است که با شروع آن نمی توان کتاب را تا پایان لحظه ای کنار گذاشت و خواندن را متوقف کرد. این کتاب حاوی تصاویر جالب و کمیابی از تیمارستان های قدیمی ایران، نحوه نگهداری بیماران روانی و پیشکسوتان روان پزشکی که به ویژه برای روان پزشکان جوان که محضر این اساتید را درک نکرده اند بسیار آموزنده و مفید خواهد بود.

همان گونه که دکتر سید احمد جلیلی رئیس محترم انجمن علمی روان پزشکان ایران در مقدمه ای بر این کتاب نوشته اند :

«اطلاع رسانی و وقوف به حقایق و واقعیت ها همیشه در زندگی بشر اهمیت داشته است و امروز این امر از لوازم زندگی شده است . تاریخ نگاری بخشی از اطلاع رسانی است و به این سبب ما ، وامدار تاریخ نگاران خود هستیم که بدون تلاش گرانقدر آنها ، از گذشته خود که بخشی از هویت ماست بی خبر مانده ایم. گرچه در سده های پیشین ثبت وقایع ، به طور منظم و مرتب انجام نشده و بسیاری از آنها هم در کتاب سوزان ها و ایلغارها از میان رفته است و پاره ای از وقایع گذشته را به درستی نمی دانیم اما به هر حال ، هر آنچه که هست غنیمت است و چراغ راه ما و آیندگان خواهد بود . کتابی که در دست دارید یک کتاب گرانقدر ادبی و تاریخی است و بی شک جایگاه رفیعی در حیطه پزشکی و تاریخی کشور ما به خود اختصاص خواهد داد . این کتاب حوادث تاریخی روان پزشکی معاصر ما را به امانت تا سال ۱۳۵۲ ثبت کرده که با روش بدیع و آموزنده پژوهشی دقیق و جالب در متون تاریخی و ادبی باستانی به حساب می آید. این کتاب به دلایل متعدد ، به عنوان ماخذی ماندگار در روان پزشکی و تاریخ در آینده مورد استفاده قرار خواهد گرفت و استاد دکتر داویدیان رسالت خود را به عنوان شاهد و عاملی برای ایجاد روان پزشکی نوین در ایران و به سامان رسیدن آن به خوبی انجام داده اند. معاصرین و آیندگان سپاسگزار هستند و خواهند بود».با خوشحالی اطلاع یافتیم که کتاب استاد برنده جایزه فصل خانه کتاب شد. مایه مباهات جامعه روان پزشکی ایران است که کتاب استاد به عنوان کتاب فصل جمهوری اسلامی ایران از طرف وزارت ارشاد و فرهنگ اسلامی بر گزیده شده است.



آشنایی با انجمن جهانی روان پزشکی

(World Psychiatric Association)

انجمن جهانی روان پزشکی (WPA) مجموعه ای از انجمن های ملی روان پزشکی است که هدف آن افزایش دانش و مهارت های لازم در زمینه بهداشت روان و مراقبت از بیماران روانی است.
در حال حاظر انجمن های عضو بالغ بر ۱۳۴ انجمن است که ۱۱۲ کشور را در بر گرفته و نماینده بیش از ۲۰۰ هزار روان پزشک از سراسر جهان است.
WPA هر ۳ سال کنگره جهانی روان پزشکی را بر گزار می کند. بر گزاری کنگره ها و جلسات بین المللی و منطقه ای کنفرانس های موضوعی بر عهده این نهاد است.
WPA ۶۵ بخش علمی دارد که هدف آنها جمع آوری اطلاعات و تشویق به کار جمعی در زمینه های اختصاصی روان پزشکی است. این انجمن علاوه بر تهیه برنامه های آموزشی متعدد و کتاب های راهنمایی اخلاقی برای کار روان پزشکی از جمله اعلامیه مادرید (۱۹۹۶) را منتشر نموده است.

اهداف انجمن جهانی روان پزشکی:

ماموریت اصلی WPA شامل موارد زیر است:
تشویق به بکار گیری بالاترین استانداردهای روان پزشکی.
بالا بردن دانش و مهارت های لازم جهت پیش گیری و درمان اختلالات روان پزشکی.
ارتقاء بهداشت روان
ارتقاء درمان مبتنی بر شواهد و ارزش ها
ایفای نقش به عنوان سخنگوی کرامت و حقوق بیماران و خانواده بیماران و ارتقاء حقوق روان پزشکان.
تسهیل برقراری ارتباط و همکاری به ویژه به انجمن های محروم یا انجمن هایی که اعضاء آنان در شرایط نامناسب اقتصادی فعالیت دارند.
همان گونه که خوانندگان گرامی اطلاع دارند کمیته اجرایی انجمن جهانی روان پزشکی از ۱۸ منطقه (zone) تشکیل می شود که کشور ایران در منطقه ۱۵ (آسیای غربی و میانه) قرار دارد که در جریان چهاردهمین کنگره جهانی روان پزشکی در پراگ دکتر احمد جلیلی رئیس انجمن علمی روان پزشکان ایران با اکثریت آراء و با برتری چشم گیر نسبت به سایر کاندیداها به عنوان رئیس منطقه ۱۵ انجمن جهانی روان پزشکی انتخاب گردید.
آخرین خبر اینکه انجمن علمی روان پزشکان ایران به عضویت فدراسیون روان پزشکی آسیا (Asian psychiatric Federation) در آمده است و آقایان دکتر احمد جلیلی و دکتر احمد محیط به عنوان عضو هیات تحریریه نشریه این فدراسیون بر گزیده شده اند.

سندرم های روان پزشکی عجیب و غریب

میلیون ها نفر در سراسر جهان مبتلا به اختلالات روان پزشکی مختلف هستند. با بسیاری از این اختلالات آشنا هستیم و یا دست کم نامشان را شنیده ایم: افسردگی، اضطراب، وسواس، شیزوفرنی.
اما بیماری های روان پزشکی ای هم هستند که هم نام و هم ماهیت عجیب و غریبی دارند و حتی بسیاری از پزشکان به خاطر نادر بودن یا موردی بودن بروز بیماری، با آنها آشنا نیستند و یا تنها اصطلاحات استاندارد پزشکی را درباره آنها بکار می برند.
۱ـ سندرم استکهلم: سندرم استکهلم نوعی پاسخ فیزیولوژیک گروگان ربوده شده است . بر خلاف انتظار، نشانه هایی از همدردی و حس وفاداری آنها با آدم رباها دیده می شود.
گروگان ها حتی ممکن است با وجود خطراتیکه تهدیدشان می کند، به صورت اختیاری خود را تسلیم آدم رباها کنند. این سندرم در موارد دیگری مثل همسر آزاری، تجاوز و یا سؤ استفاده از اطفال هم ممکن است دیده شود.
اما چرا این سندرم استکهلم نامیده می شود؟
در سال ۱۹۷۳ از یک بانک در استکهلم سوئد، سرقت شد. دزدها چند نفر از کارمندان بانک را چند روزی به گروگان گرفتند . بر خلاف انتظار گروگان ها از نظر احساسی جذب دزدها شدند و حتی بعد از آزادی از آنها دفاع کردند و حاضر نشدند بر خلاف آنها شهادت بدهند . بعدها یکی از دزدها با یکی از خانم های کارمند ازدواج کرد.
مثال مشهور سندرم استکهلم، مورد ربوده شدن پتی هرست؛ Patty Hearst دختر یک میلیونر است. او بعد از دزدیده شدن با آدم ربا سمپاتی پیدا کرد و حتی بعدها در یک سرقت با او همکاری کرد.
۲ـ سندرم دیوژن: شاید در کتاب های ادبیات به اسم دیوژن برخورده باشید و حکایت هایی را از او خوانده باشید. دیوژن یک فیلسوف یونان باستان بود که می گویند در یک خمره روزگار می گذراند و افکاری نیهیلیستیک داشت.
سندرم دیوژن بیشتر در افراد پیر دیده می شود، در این سندرم افراد گوشه نشین می شوند و به وضعیت ظاهری و بهداشت خود اهمیتی نمی دهند. البته مدرکی پیدا نشده که نشان بدهد دیوژن با وجود عزلت نشینی، از لحاظ ظاهری آشفته و نامرتب بود.
۳ ـ سندرم کاپگراس (capgras): این توهم بیشتر در افراد مبتلا به شیزوفرنی، دمانس و دیگر آسیب های مغزی دیده می شود. مبتلایان به این توهم فکر می کنند که یک عضو نزدیک در خانوادشان که بیشتر موارد زن یا شوهر بیمار است، با فرد بیگانه ای کاملاً هم قیافه عوض شده است.
۴ـ سندرم فرگولی (Fregoli): در این توهم بیمار تصور می کند که اشخاص مختلف در واقع یک شخص واحد هستند که قیافه اش را تغییر می دهد و یا استتار می کند.
وجه تسمیه: یک هنر پیشه ایتالیایی به نام لئوپولدو فرگولی ؛ که توانایی زیادی در تغییر قیافه سریع داشت.
۵– سندرم کوتارد (Cotard): در این توهم بیمار فکر می کند که مرده است و وجود ندارد یا اینکه فکر می کند خون یا اعضای داخلی اش را از دست داده است.
گاهی هم این افراد باورهای جاودانگی پیدا می کنند. نخستین بار ژول کوتارد، یک نورولوژیست فرانسوی این اختلال را در سال ۱۸۸۰ شرح داد.
با تشکر از همکار گرامی دکتر عباس امید

برنامه بازآموزی‌ها

بازآموزی پزشکان عمومی

اولین برنامه مدون آموزشی پزشکان عمومی در تاریخ ۸۸/۵/۵ در تالار زیتون دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شد. این برنامه که با استقبال خوبی روبرو شد در مورد اختلالات Disruptive بود. دکتر محمد رضا صدرعاملی در مورد اختلال پرتحرکی و کم توجهی توضیحات مبسوطی داد و دکتر مسعود ازهر در رابطه با اختلال رفتار مقابله ای در کودکان و بزرگسالان صحبت کرد. دکتر مصطفی نجفی اختلال سلوک را مطرح نمود و با سخنان شیوای خود حاضرین را تحت تاثیر قرار داد. در نیمه دوم جلسه به دغدغه ها و پرسشهای شرکت کنندگان بصورت پانل پاسخ گفته شد. دکتر سیروس صادقی با حضور خود در پانل بر غنای علمی جلسه افزود.

۸۸/۷/۲

Psychopharmacology
سایکوفارماکولوژی

دکتر مجید برکتین ،تثبیت کننده های خلق وداروهای ضدتشنج
دکتر فرزاد رنجکش ،آنتی سیکوتیک های جدید و قدیم
دکتر مریم رضائی ،آنتی دپرسانت های جدیدوقدیم
دکتر سیروس صادقی ،بنزودیازپین هاوسایرداروهای روانپزشکی

مکان: تالار زیتون

۸۸/۸/۱۴

Psychiatric Emergencies
اورژانس های روانپزشکی

دکتر سید غفور موسوی ،خودکشی بیولوژی ومدیریت بر اورژانس
دکترقاسمی ،خودکشی بیولوژی ومدیریت براورژانس
دکتر صفا مقصودلو ،پرخاشگری وکنترل آن
دکتر حمید میرزایی ،عوارض حاد داروهای روانپزشکی

مکان: تالار زیتون

۸۸/۱۰/۳

Mood disorder
اختلالات خلقی

دکتر کتایون شفیعی، اختلالات دوقطبی
دکتر براتی ،افسردگی و دیس تایمی
دکترزارعی ،افسردگی درزنان
دکترآکوچکیان، جنبه های روانی ـ اجتماعی و رویکرد مذهبی، مدیریت اضطراب افسردگی

مکان: تالار زیتون

برنامه بازآموزی متخصصان روانپزشکی مدون

۸۸/۷/۹

Difficult Patients
(Patient Physical)

دکتر قربانعلی اسدالهی، دکتر حمید افشار، دکتر محسن معروفی (پانل)

مکان: بیمارستان نور

۸۸/۹/۲۶

Poly Pharmacy
(Advanced Psychopharmacology)

دکتر قربانعلی اسدالهی ،دکتر غلامحسین احمدزاده
دکتر صفا مقصودلو،دکتر محسن معروفی

۸۸/۱۲/۶

Substance Disorders
(new drugs)

دکتر مهردادصالحی، دکتر مجید برکتین، دکترسیاوش، دکترقدوسی

۸۸/۱۰/۸

اختلال بیش فعالی کم توجهی دربالغین

دکتر محمد مسعود ازهر، دکتر سرور آرمان
دکترحمیدرضا روح افزا، دکتر محمد رضا صدرعاملی

تمامی بازآموزیها دارای ۵ امتیاز می باشد.