



خبرنامه الکترونیک انجمن روان‌شناسی ایران

electronic newsletter of Iranian Psychological Association

پاییز ۱۴۰۰ - Autumn ۲۰۲۱

فهرست مطالب این شماره

۱. سخن نخست: / ۲
۲. بحث ویژه: پیشگیری از خودکشی در ایران: چالش‌ها و راهکارها؛ دکتر حمید پورشریفی / ۳
۳. هشتمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران: / ۱۰
۴. وبینارها و دوره‌های آموزشی و سخنرانی‌های انجمن: ۱۱
۵. اخبار و اطلاعیه‌های انجمن روان‌شناسی ایران: عضویت و تمدید عضویت دوساله و سه ساله در انجمن روان‌شناسی ایران، مجله روان‌شناسی سلامت بالینی راه‌اندازی شد، مجمع عمومی سالانه انجمن برگزار می‌شود، دومین سمپوزیوم بین‌المللی پیشگیری و مداخله در خودکشی، ارتباط با انجمن، شنبه‌شب‌ها، فراخوان مقاله برای نشریه دانش روان‌شناسی، مجله علمی - ترویجی انجمن روان‌شناسی ایران، شعبه‌ها و نمایندگی‌های انجمن روان‌شناسی ایران / ۱۵
۶. اخبار و گزارش‌های خبری حرفه‌ای روان‌شناسی: فراخوان ارسال مقاله برای مجله تخصصی عصب روان‌شناسی بالینی ورزشی / ۳۰
۷. اخبار علمی: عوامل خطر برای اقدام به خودکشی در طول قرنطینه کووید-۱۹: شناسایی گروه‌های پرخطر، دل‌بستگی ایمن و افکار و رفتار خودکشی: نقش میانجی کنش عملکردی، افکار خودکشی در دوران بارداری و پس از زایمان / ۳۱
۸. یادداشت‌ها: خودکشی در ایران: تحلیلی براساس نظریه‌های روان‌شناسی اجتماعی، از خودجرمی تا خودکشی: ارتباط رفتارهای خودآسیب‌رسان با خودکشی، خودکشی در زمان COVID-۱۹: بررسی و توصیه‌ها، شیوه‌ی مقابله با احساس گناه در طول بیماری همه‌گیر COVID-۱۹، درک رابطه بین بدرفتاری در دوران کودکی و رفتارهای خودکشی / ۳۶
۹. چکیده پایان‌نامه دکتری: معرفی ۴ پایان‌نامه دکتری / ۵۱
۱۰. اخبار همایش‌های روان‌شناختی: معرفی ۲ همایش / ۵۵
۱۱. همایش‌های روان‌شناختی بین‌المللی: معرفی ۱ همایش / ۵۷
۱۲. معرفی کتاب‌های جدید: معرفی ۶ کتاب / ۵۸
۱۳. مجله‌های منتشرشده: معرفی ۴ مجله / ۶۲
۱۴. تبریک‌ها و تسلیت‌ها: ۶۵
۱۵. شرایط و تسهیلات عضویت در انجمن: / ۶۶

سر دبیر	Editor in Chief
دکتر ندا علی بیگی	Neda Alibeigi, Ph.D.
شورای دبیران (به ترتیب الفبا)	Editorial Board
دکتر حمید پورشریفی	Hamid Poursharifi, Ph.D.
دکتر حسن حمیدپور	Hassan Hamidpour, Ph.D.
دکتر شیوا دولت‌آبادی	Shiva dowlatabadi, Ph.D.
دکتر علی صاحبی	Ali Sahebi, Ph.D.
دکتر لادن فتی	Ladan Fata, Ph.D.
مدیر اجرایی	Executive Manager
یاسمین صفا	Yasamin Safa
همکاران این شماره	
یاسمن صفا	Yasaman Safa
فریده اسدی	Farideh Asadi
صدیقه صندوقدار	Sedigheh Sandoghdar

انجمن روان‌شناسی ایران با هدف گسترش، پیشبرد و ارتقای علم روان‌شناسی تشکیل شده است و بالغ بر ۲۹۶۵۹ عضو دارد؛ از این تعداد ۶۱۰ نفر عضو پیوسته دارای مدرک دکتری تخصصی، ۸۲۰۶ نفر عضو پیوسته کارشناس ارشد، ۱۳۳۰۳ نفر عضو وابسته، ۷۵۲۴ نفر عضو دانشجویی و ۹ عضو موسساتی و ۷ نفر عضو افتخاری هستند.

آدرس انجمن روان‌شناسی ایران:

تهران، سید خندان، ابتدای سهروردی شمالی، کوچه سلطانی (قرقاول)، پلاک ۳۷، طبقه سوم
کدپستی: ۱۵۵۵۷۱۶۷۵۵

تلفن: ۸۶۱۲۰۲۶۴، فکس: ۸۶۱۲۰۲۶۴

وب سایت انجمن: www.ranpa.org، آدرس پست الکترونیک: i_ranpa@ranpa.org

کانال تلگرام انجمن روان‌شناسی ایران: [telegram.me/iranpsyasso](https://t.me/iranpsyasso)

مسئولیت صحت مندرجات مقاله‌ها با نویسندگان است



۱- سخن نخست

شنیدن نام هیتلر، ارنست همینگوی، صادق هدایت، لورانس کلبِگ، گذشته از شهرت این افراد در مفهوم خودکشی با هم اشتراک دارد. این افراد به دلایل مختلف، انتخاب کردند با خودکشی به زندگی شان پایان دهند. شاید اگر شبکه های اجتماعی نبودند، خودکشی های اخیر نیز مانند نمونه های قبلی در هاله ای از ابهام و تابوهای فرهنگی می ماندند و فراموش می شدند. شرایط همه گیری کرونا، از دست دادن مکرر عزیزان، سوگواری های طی نشده، بحرانهای مالی، موانع اجتماعی و ... ما را در معرض اخبار بیشتری از خودکشی قرار می دهد.

خودکشی دومین عامل مرگ بین ۱۵ تا ۲۹ سال است. علیرغم تلاش سازمان های ذیربط جهت ارائه ی آماری دقیق از خودکشی، با این حال خودکشی نیز مانند سایر آسیب های اجتماعی به دلایل مختلف از جمله مسئله ی آنگ اجتماعی، اعلام نشدن آمار دقیق از طرف سازمان ها و نهادهای مختلف یا عدم توانایی تمییز در علت مرگ، برآورد واقعی از آمار آن کار دشواری است.

همه ساله ۱۰ سپتامبر در سراسر جهان به نام روز جهانی پیشگیری از خودکشی برای افزایش آگاهی عمومی نسبت به خودکشی و پیشگیری از آن در نظر گرفته شده است. در این شماره خبرنامه نیز با توجه به حساسیت موضوع خودکشی و پشت سر گذاشتن روز جهانی خودکشی بر آن شدیم با نگاهی اختصاصی تر به این موضوع بپردازیم. به همین علت این شماره خبرنامه با نگاهی تاکیدی به مساله خودکشی پرداخته تا در کنار روال معمول بخش های خبرنامه تاکیدی بر این موضوع جدی داشته باشد.

نهادهایی چون آموزش و پرورش، مراکز روان شناسی، رسانه ها، مراکز تامین کننده سلامت روان، سازمان نظام روان شناسی می توانند در پیشگیری از خودکشی نقش کلیدی ایفا کنند. ما نیز در انجمن روان شناسی ایران خود را موظف دیدیم که به این موضوع مهم با آگاهی بخشی از طریق خبرنامه بپردازیم. به امید روزی که خودکشی به جای آنکه یک آسیب روانی اجتماعی باشد، تبدیل به پدیده ای نابهنجار و بعید برگردد.

سردبیر



۲- بحث ویژه

۲-۱- پیشگیری از خودکشی در ایران: چالش‌ها و راهکارها

دکتر حمید پورشریفی

دانشیار روان‌شناسی سلامت دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و بازرس انجمن روان‌شناسی ایران

در خصوص اهمیت خودکشی به‌عنوان یک مسئله مهم روانی- اجتماعی بین متخصصان و حتی افراد غیرمتخصص اتفاق نظر وجود دارد، اما پرسش این است که اهمیت این امر از کجا ریشه می‌گیرد؟ آیا اهمیت خودکشی به دلیل آمار آن است؟ اجازه دهید تا نگاهی به آمار داشته باشیم. ابتدا مقایسه‌ای بین مرگ و میر ناشی از خودکشی و عوامل دیگر به عمل بیاوریم. در جهان، شکر بیشتر از خودکشی انسان‌ها را به کام مرگ می‌کشاند. به عنوان مثال، در سال ۲۰۱۷، بیش از ۱۷,۷۹۰,۰۰۰ نفر توسط بیماری‌های قلبی- عروقی و ۱,۳۷۰,۰۰۰ نفر توسط دیابت جان باخته‌اند. در مرگ و میر ناشی از این دو بیماری، شکر به صورت مستقیم و نیز به صورت غیرمستقیم، از طریق چاقی، نقش تعیین‌کننده‌ای داشته است. در همان سال، قریب ۷۹۴,۰۰۰ نفر توسط خودکشی جان باخته‌اند (رات^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). اگر به آمار خودکشی در ایران نگاهی داشته باشیم مقایسه میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی و تصادفات نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۸، ۸۳ هزار و ۷۵ نفر به دلیل تصادفات و تنها ۵ هزار و ۱۴۳ نفر به دلیل خودکشی جان باخته‌اند. یعنی در ایران، تصادفات ۱۶ برابر بیش از خودکشی منجر به مرگ و میر شده است. بدین ترتیب می‌توان گفت که اهمیت پرداختن به خودکشی صرفاً به دلیل آمار آن نیست.

البته آمار هم اهمیت خاص خود را داراست. اگرچه میزان خودکشی در ایران نسبت به آمار آن در سطح جهان پایین‌تر است (در ایران ۶/۶ در صد هزار، بر اساس سالنامه آماری پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۹ و در جهان حدود ۱۰ در صد هزار، در مردان ۱۲/۶ در صد هزار و زنان ۵/۴ در صد هزار، بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت)، اما روند آن در سطح جهانی رو به کاهش و در ایران رو به افزایش بوده است، بر اساس سالنامه آماری پزشکی قانونی، میزان آن تنها در سال ۱۳۹۹ (۵۵۴۲ نفر) نسبت به سال ۱۳۹۸ (۵۱۴۳ نفر) رشد ۷/۸ درصدی داشته است. البته روند افزایشی در خصوص خودکشی خاص ایران نبوده و به گزارش سازمان جهانی بهداشت، در برخی از کشورهای توسعه یافته نظیر آمریکا نیز این روند وجود دارد (<https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>), اما در هر صورت، فارغ از آمار خودکشی و مقایسه‌ها، از دست دادن جان انسان‌ها، حتی یک انسان، در هر جایی از جهان، اهمیت درخور توجهی دارد و ضرورت برنامه‌های پیشگیرانه را مطرح می‌کند.

لازم است اهمیت خودکشی را علاوه بر آمار آن، در عوامل دیگری نظیر بار روانی اجتماعی آن یافت. به عنوان مثال، زمانی که یک نفر در یک محله از طریق تصادف از دنیا می‌رود احتمال اینکه فردی دیگر از وی الگو بگیرد و سعی کند همانند او بمیرد نزدیک به صفر است و حتی برعکس ممکن است باعث شود که دوستان وی مدت‌ها با احتیاط بیشتری رانندگی کنند، اما متأسفانه در مورد خودکشی روندی متضاد حاکم است، چراکه وقتی فردی از دوستان و آشنایان خودکشی می‌کند احتمال سرایت روانی وجود دارد و ممکن است میزان احتمال خودکشی در آشنایان و حتی در افراد غریبه‌ای که تحت تأثیر اخبار خودکشی قرار گرفته‌اند بیشتر شود.

^۱. Roth



البته سرایت روانی، تنها یکی از موارد تاکید کننده بر اهمیت پرداختن به خودکشی است و سایر عوامل مرتبط با بار روانی اجتماعی و حتی اقتصادی، هر کدام از اهمیت خاص خود برخوردار هستند.

اگر موضوع بحث پیشگیری از خودکشی است، سوال این که قرار است از چه چیزی پیشگیری کنیم تا احتمال خودکشی کمتر شود؟ بر این اساس بهتر است از مدل آسیب‌پذیری-استرس استفاده کنیم. این مدل مبنای پدیدآیی اختلالات روان‌شناختی و نیز مشکلات روانی-اجتماعی نظیر خودکشی و اعتیاد تلقی می‌شود. بر اساس این مدل، افراد به واسطه ترکیبی از تجارب اولیه زندگی، عوامل ژنتیکی و یا دیگر عوامل، آسیب‌پذیری‌هایی را پیدا می‌کنند که به نوعی می‌توان آن‌را استعداد بیماری یا مشکل نامید و زمانی که تحت تاثیر استرس‌هایی قرار می‌گیرند، این آسیب‌پذیری‌ها نمود خارجی پیدا می‌کند و اختلال یا مشکل پدید می‌آید. بدین ترتیب و بر اساس مدل استرس-آسیب‌پذیری، لازم است مجموعه اقداماتی انجام شود تا افراد در دوران کودکی، از آسیب‌پذیری‌های کمتری برخوردار شوند و همچنین لازم است نه تنها با تصمیم‌گیری‌های کلان اجتماعی از منابع استرس کاست بلکه با افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد، به آنها کمک کرد تا در مقابله با مشکلات پدید آمده با کارآمدی بیشتری عمل کنند و چنانچه اختلال روان‌شناختی پدیدآمده باشد، مداخلات لازم هرچه سریعتر انجام شود.

همچنین برای پیشگیری از خودکشی می‌توان مدل عوامل خطر-محافظت‌کننده را مبنای کار در نظر گرفت که وجه اشتراک بالایی با مدل آسیب‌پذیری-استرس دارد. بر اساس این مدل، به هر میزان عوامل خطر بیشتر و عوامل محافظت‌کننده کمتر حضور داشته باشد احتمال اقدام به خودکشی بیشتر خواهد بود. البته خودکشی یک پدیده چند علیتی بوده و عوامل خطر متعددی دارد که برخی از آن‌ها مثل طرحواره‌های ناسازگار، به عنوان زمینه‌ساز و برخی دیگر، همچون استرس‌ها، فعال‌ساز هستند. در میان عوامل خطر می‌توان به مواردی همچون ناامیدی اشاره کرد که ممکن است نه تنها به دلیل اختلالات روان‌شناختی یا مشکلات فردی بلکه به دلیل مشکلات اجتماعی دامن بگیرد. بسیاری از آسیب‌پذیری‌ها بر اساس تجارب دوران کودکی شکل می‌گیرند. پیشگیری از چنین عواملی اگرچه مقدور ولی سخت است و نیازمند تمهیداتی نظیر آموزش‌های فرزندپروری است. برای چنین آموزش‌هایی لازم است هزینه‌هایی پرداخت شود اما با اطمینان می‌توان گفت که میزان این هزینه‌ها، از هزینه‌های ناشی از بار روانی - اجتماعی مشکلاتی نظیر خودکشی کمتر است. مشکل جدی در این خصوص نگاه مسئولان به تخصیص بودجه است. به نظر می‌رسد مسئولان برای مواردی که ملموس و عینی هستند هزینه می‌پردازند و ممکن است برای برخی از آنها، درک و فهم اهمیت پیشگیری از آسیب‌های دوران کودکی سخت باشد. البته برای کاهش چنین مشکلی لازم است متخصصان سلامت بصورت پیوسته و خستگی‌ناپذیر مسئولان را به اهمیت امر واقف سازند.

پیشگیری از خودکشی نه تنها به دلیل چند علیتی بودن آن، بلکه به دلیل عوامل خارج از کنترل، با چالش‌های جدی مواجه می‌شود. شواهدی وجود دارد که میزان افکار خودکشی تحت تاثیر حتی تصمیم‌های جهانی قرار می‌گیرد. یافته‌های نگارنده در طرح پیشگیری از خودکشی موسوم به «شور زندگی»، از طریق اجرای بحث گروهی متمرکز با برخی از متخصصان مراکز مشاوره دانشجویی، در انتهای دهه ۸۰ نشان داد زمانی که باراک اوباما هر از چندگاه به اصطلاح گزینه جنگ را روی میز جا به جا می‌کرد، این امر بر میزان افکار خودکشی دانشجویان تاثیراتی داشت. از این منظر می‌توان گفت که رخداد‌های ملی و جهانی و نیز تصمیم‌گیری‌های سیاست‌مداران، چنانچه موجب افزایش ناامیدی و درماندگی شوند، ممکن است بر احتمال افکار خودکشی بیافزایند. این امر مسئولیت خاصی را حداقل در سطح ملی متوجه سیاست‌گذاران و مسئولان اجرایی می‌نماید.

اگرچه از مواردی صحبت شد که نشان‌دهنده دشواری در پیشگیری از خودکشی بود، در عین حال شواهدی گویای این است که با برخی از تصمیم‌ها می‌توان تا حدودی، از میزان اقدام به خودکشی کاست. به عنوان مثال شواهد گویای این است که یکی از عوامل خطر



جدی در خودکشی، دسترسی به عامل مرگ و میر است؛ عواملی که به نظر می‌رسد با مداخلاتی نظیر «شیوه‌نامه‌هایی برای فروشندگان مواد سمی» قابل مدیریت باشد. در این خصوص شواهد در سطح برخی از کشورهای آسیایی به خوبی راهگشاست (به عنوان مثال، ویجاراکومار، ۲۰۱۸). همچنین مداخلاتی نظیر بستری به موقع، موثر است در حالی که متأسفانه در برخی از شهرهای با تعداد خودکشی بالا به دلیل ناکافی بودن تخت‌های روانپزشکی، این امر با چالش جدی مواجه می‌شود. همچنین شواهدی نظیر اورژانس اجتماعی (۱۲۳) از کارآمدی مداخلات بموقع از طریق افراد آموزش دیده است، امری که نیازمند توسعه و پشتیبانی است.

طی سال‌های گذشته رابطه شاخص توسعه انسانی (Human Development Index) با میزان خودکشی در کشورهای مختلف بررسی شده است و نتایج گویای این است که حداقل در برخی از کشورهای توسعه نیافته رابطه جدی و تنگاتنگی بین شاخص توسعه انسانی و مرگ و میر ناشی از خودکشی وجود دارد (به عنوان مثال، خزایی و همکاران، ۲۰۱۷). منظور از شاخص توسعه انسانی (HDI) ترکیبی از سه عامل زندگی سالم و طولانی، آگاهی و استانداردهای مناسب زندگی است. شاخص دیگری که به نظر می‌رسد همبستگی بالایی با شاخص توسعه انسانی دارد، شاخص فلاکت (Misery index) است که توسط اقتصاددان آرتور اکان تبیین شده است و از افزودن نرخ بیکاری به نرخ تورم بدست می‌آید (ویکی‌پدیا، ۱۴ مهر ۱۴۰۰). به عبارتی گفته می‌شود در اقتصاد سه نرخ از اهمیت بسیاری برخوردارند: نرخ رشد اقتصادی، نرخ بیکاری و نرخ تورم (ایبنا، ۶ تیر ۱۴۰۰). در این میان، نرخ بیکاری و تورم برای مردم از اهمیت بیشتری برخوردار است، چراکه روزانه افزایش و کاهش آنها را حس می‌کنند و اینکه تغییرات آنها می‌تواند بر زندگی‌شان بسیار تاثیرگذار باشد؛ مواردی که در شاخص فلاکت لحاظ شده است. شاخص فلاکت همانگونه که از نامش و روش محاسبه‌اش پیداست، بیانگر اتفاقات مثبت و امیدوارکننده در اقتصاد نیست و بر اساس شواهدی رابطه‌ای با میزان خودکشی دارد (به عنوان مثال، یانگ و لستر، ۱۹۹۹).

بر اساس گزارش‌های غیررسمی، در پایان تابستان ۱۴۰۰، بیشترین شاخص فلاکت در استان‌های کشور (از بیشتر به کمتر) عبارتند از استان‌های دهگانه هرمزگان، کرمانشاه، چهارمحال بختیاری، خوزستان، لرستان، کردستان، کهگیلویه و بویراحمد، ایلام و یزد، و این در حالی است که بر اساس سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی، بیشترین میزان خودکشی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۹ (از بیشتر به کمتر) عبارتند از استان‌های دهگانه کهگیلویه و بویراحمد، ایلام، کرمانشاه، لرستان، گیلان، همدان، اردبیل، البرز، کردستان و فارس. به عبارتی دیگر از ده استان دارای بیشترین میزان خودکشی، پنج استان هستند که جزو استان‌های دهگانه با شاخص فلاکت بالا هستند. می‌توان گفت ارتباط در خور توجهی بین میزان خودکشی و شاخص فلاکت در ایران وجود دارد. بر این اساس لازم است که برای پیشگیری از خودکشی، بر کاهش شاخص فلاکت و بهبود شاخص توسعه انسانی همت گماشت.

البته توجه صرف به مسائل اقتصادی، ممکن است گمراه کننده باشد و موجب غفلت ما از مسائل فرهنگی باشد. بر اساس سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی، در سال ۱۳۹۹، بیشترین میزان خودکشی در کهگیلویه و بویراحمد (۱۴/۲ در صدهزار) و کمترین آن در سیستان و بلوچستان (۲/۲ در صدهزار) بوده است. یعنی میزان خودکشی در کهگیلویه و بویراحمد، هفت برابر سیستان و بلوچستان بوده است در حالی که استان کهگیلویه و بویراحمد با میزان (۶۰/۴)، هشتمین استان از نظر شاخص فلاکت و استان سیستان و بلوچستان با میزان (۵۸/۲)، سیزدهمین استان بوده است. یعنی میزان شاخص فلاکت استان کهگیلویه و بویراحمد به سیستان و بلوچستان، فقط ۴ درصد بیشتر بوده است و این دو، از بابت این شاخص تنها ۵ استان با هم فاصله دارند. بدین ترتیب، حداقل در خصوص برخی از استان‌ها نمی‌توان از شاخص فلاکت به عنوان نقش تعیین‌کننده در میزان خودکشی نام برد و اینجاست که عوامل دیگر به ویژه، مسائل فرهنگی از تعیین‌کنندگی بالاتری برخوردار می‌شوند.



این که خرده‌فرهنگ‌های هر کدام از استان‌ها، چه نگاه بازدارنده‌ای به خودکشی دارند؛ در هر کدام از آن‌ها تعارضات خانوادگی چگونه پدید می‌آید و راه برون رفت از این تعارضات چگونه است؛ نظام‌های ارزشی و فرهنگی آنها در خصوص استرس‌های به وجود آمده چه رهنمودهایی دارند؛ و افراد آسیب‌پذیری همچون زنان با چه استرس‌ها و یا حمایت‌هایی مواجه می‌شوند؛ همگی از جمله موارد فرهنگی هستند که بهتر است مورد توجه جدی متخصصان سلامت روان قرار گیرد. در عین حال در خصوص این که متخصصان سلامت روان تا چه حد می‌توانند در مسائل فرهنگی نقش‌آفرینی داشته باشند لازم است به محدودیت‌های خود واقف باشیم اما از نقش مستقیم و غیرمستقیم خود هرچند در درازمدت غافل نشویم و به نظر می‌رسد حداقل از طریق آگاه کردن مسئولان و گاهی از طریق آموزش‌های مستقیم می‌توانیم نقش موثری داشته باشیم.

یکی از عواملی که بر میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی می‌افزاید استیگما یا داغ ننگ است. متأسفانه باورهای نادرستی در مورد خودکشی وجود دارد که بر انگ دامن می‌زنند. به عنوان مثال، برخی به غلط فکر می‌کنند خودکشی فقط کار افراد ضعیف است و یا خودکشی مختص کسانی است که بیمار هستند. در حالیکه هر انسانی ممکن است در شرایطی به دلایلی همچون تغییرات شیمیایی در مغز به خودکشی فکر کند. باورهای نادرست و دامن زدن به استیگما یا داغ ننگ در مورد خودکشی موجب می‌شود که افراد هنگام داشتن افکار خودکشی، در این خصوص با دیگران صحبت نکنند و باور نادرست در عموم مردم، مبنی بر اینکه صحبت در مورد افکار خودکشی، ممکن است فرد را به خودکشی رهنمود کند، باعث می‌شود که گوش‌های شنوای کمتری آماده صحبت در خصوص این موارد شوند. این امر باعث می‌شود که احتمال اقدام به خودکشی افزوده شود. در حالی که شواهد علمی گویای این است که به هر میزان افراد بتوانند در مورد افکارشان صحبت کنند احتمال اقدام به خودکشی کمتر می‌شود. یکی از وظایف متخصصان سلامت روان این است که از هر تریبونی استفاده کند تا باورهای نادرست در مورد خودکشی را زیر سوال برده و زمینه را برای این فراهم سازند که افراد به راحتی بتوانند در مورد افکار خود صحبت کنند. فهم غلط ما، نادیده گرفتن ما و یا ترس مان در مورد داشتن افکار خودکشی ممکن است بر داغ ننگ و استیگما بیافزاید هرچند خود اینها می‌توانند محصول داغ ننگ باشند.

مشکل زمانی بیشتر می‌شود که نه تنها باورهای نادرست در جمعیت عمومی وجود دارد بلکه برخی از سیاست‌گذاران و تلخ تر از آن در مواردی در برخی از متخصصان دیده می‌شود. مثلاً یکی از باورهای نادرست که در برخی از متخصصان گاهی دیده می‌شود این باور است که نباید در مورد داشتن فکر خودکشی سوال کرد، چرا که فرد را به خودکشی رهنمون می‌کنیم. چنین فکر نادرستی باعث می‌شود که متخصصان یا اینکه در مورد خودکشی نپرسند و یا بگونه‌ای بپرسند که پاسخ مرتبطی را دریافت نکنند و همین امر ممکن است بر میزان مرگ و میر مواردی افزوده شود که با یک مداخله مناسب قابل پیشگیری است.

یکی از مواردی که حوزه سلامت ایران را نسبت به کشورهای منطقه متمایز ساخته، اقدامات ایران در خصوص مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) بوده است. این امر منجر به افزایش سطح پوشش خدمات سلامت و تقدیر ایران توسط سازمان جهانی بهداشت شده است. در ادامه طرح مراقبت‌های بهداشتی اولیه، اقداماتی انجام شد تا بهداشت روانی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه افزوده شود. ارزیابی این اقدامات توسط بوالهروی و همکاران (۱۳۹۰) بررسی شده است. به واسطه این اقدامات ارزشمند و به دور از نقدهای وارد بر آن، به نظر می‌رسد گام‌های سودمندی در پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی از جمله خودکشی برداشته شده است. در راستای چنین اقدامی، طی سال‌های گذشته، تعداد زیادی روانشناس بالینی در سطح کارشناسی ارشد، جذب مراکز بهداشتی مرتبط با سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه شده‌اند و این افراد در صورتی که آموزش‌های لازم را به طور اختصاصی در خصوص پیشگیری از خودکشی دریافت کنند قادر خواهد شد نقش موثری را در کاهش اقدام خودکشی بردارند. البته در مورد نگاهی که در مراکز بهداشتی به روان‌شناسان وجود دارد نقدهایی هم مطرح است که لازم است جداگانه و در فرصت مقتضی به آن پرداخت شود.



اگر در خصوص خودکشی، نگاه سطوح خطر و پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث را در پیش بگیریم، در حوزه پیشگیری اولیه، یعنی این که چه اقداماتی انجام بگیرد که احتمال پدیدآیی افکار خودکشی به حداقل برسد، چالش‌هایی وجود دارد. از بارزترین آنها همانطور که در ابتدای بحث مطرح شد، می‌توان به **اختصاص بودجه ناکافی به امر پیشگیری اولیه** ذکر کرد. در عین حال علاوه بر مسأله بودجه، لازم است به **ناکافی بودن برنامه‌های پیشگیرانه** به ویژه برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر جامعه اشاره کرد. البته سال‌هاست که طرح ملی پیشگیری از خودکشی تدوین شده است. این طرح که از راهبردهای خوبی نظیر ارتقای کمی و کیفی خدمات ارائه شده، افزایش روایی داده‌های ثبت شده، کاهش انگ اجتماعی مرتبط با اطلاع رسانی، مدیریت انعکاس اخبار، کاهش دسترسی به روش‌های خودکشی و تقویت پژوهش‌های مرتبط با موضوع خودکشی برخوردار است، به نظر می‌رسد آنطور که باید و شاید نگاه در خور توجهی به پیشگیری اولیه نداشته، ضمن اینکه گویا هنوز از اجرای مقدماتی چندان فراتر نرفته است.

اگر پیشگیری ثانویه از خودکشی را چنین تعریف کنیم که «چگونه می‌توان از تبدیل افکار به اقدام کاست؟» در این خصوص راهبردهای طرح ملی پیشگیری از خودکشی که مطرح شد، به ویژه کاهش انگ اجتماعی، مدیریت انعکاس اخبار و کاهش دسترسی به روش‌های خودکشی راهگشا است. در عین حال، **لازم است تعداد زیادی از متخصصان، اصول و فنون مداخله در بحران خودکشی را یاد بگیرند** تا بتوانند در موارد مقتضی اقدام لازم را انجام دهند. البته در این رابطه، در سازمان‌ها و بخش‌های مختلف، طی سال‌های گذشته گام‌های خوبی برداشته شده است. پدیدآیی اورژانس اجتماعی و آموزش‌هایی که متخصصان آن داشته‌اند دلگرم کننده است. هرچند در خصوص اورژانس اجتماعی، مشکلاتی وجود دارد که بیشتر ریشه در مسائل هزینه‌ای دارد و نیازمند توجه مسئولان کشور است. در حوزه دانشجویی، به دلیل انسجام‌بخشی دفتر مشاوره و سلامت وزارت علوم و توانمندی تعداد زیادی از مراکز مشاوره دانشجویی، گام‌های مناسبی برداشته شده است که از جمله آن می‌توان به تدوین برنامه‌ها و پروتکل‌های لازم و آموزش متخصصان اشاره کرد. خوشبختانه اخیراً در حوزه دانش آموزی خط ۱۵۷۰ راه اندازی شده است که امید می‌رود با هدایت علمی - تخصصی مناسب و پیشنیانی بودجه‌ای لازم بتواند نقش لازم را در پیشگیری از خودکشی ایفا نماید. یکی دیگر از موارد موثر در پیشگیری ثانویه از خودکشی، **لزوم هماهنگی‌های بین بخشی در خصوص مداخله در بحران** است که امید می‌رود در سطح ملی گام‌های لازم برای هماهنگی بین دست‌اندرکاران اورژانس اجتماعی، اورژانس، آتش‌نشانی، نیروی انتظامی و دیگر عوامل ذیربط برداشته شود.

در پیشگیری ثالث از خودکشی، لازم است بر افرادی تمرکز شود که به دلیل داشتن اختلالات روان‌شناختی نظیر افسردگی مزمن یا اختلال شخصیت مرزی، بارها اقدام به خودکشی می‌کنند یا احتمال خودکشی در آنها بالاست. در خصوص چنین افرادی، صرف مداخله در بحران راهگشا نبوده و **لازم است سیستم ارجاع، درمان و توانبخشی به درستی تعریف و اجرایی شود** و اقدامات درمانی لازم برای اختلال آنها فراهم شود. در موارد زیادی دیده می‌شود که اقدام‌کنندگان خودکشی، بعد از اقدامات اولیه، بدون اینکه در خصوص درمان آنها اقدام ارجاعی لازم صورت گرفته باشد ترخیص می‌شوند و چون آسیب‌پذیری‌ها مرتفع نشده است در شرایط دیگری، اقدام به خودکشی دیگری رقم می‌خورد که ای‌بسا قابل پیشگیری بوده است. این امر نیازمند **تسهیل خدمات روانشناختی طولانی‌مدت** برای افرادی است که قبلاً دست به خودکشی زده‌اند یا اختلال روان‌شناختی بارز و زمینه‌ساز خودکشی دارند. علاوه بر **اختصاص تخت‌های بیمارستانی** لازم به این امر، **حمایت بیمه از خدمات روان‌شناختی** موثر خواهد بود که متأسفانه هنوز در خصوص آن توفیق لازم صورت نگرفته است و افراد زیادی هستند که مشکلات روان‌شناختی جدی دارند ولی به دلیل مشکلات مالی قادر به دریافت خدمات تخصصی نیستند.

همانطوری که ذکر شد **مدیریت انعکاس اخبار خودکشی** از اهمیت بارزی برخوردار است و رسانه‌ها و خبرنگاران، در صورت آگاهی از اصول انعکاس اخبار خودکشی می‌توانند از طریق حساس‌سازی مسئولان، در پیشگیری از خودکشی ایفای نقش کنند و در صورت **عدم آگاهی و یا عدم رعایت اصول نحوه انتشار اخبار خودکشی**، ممکن است ناخواسته بر میزان خودکشی افزوده



شود. مشکل زمانی به وجود می‌آید که خبرنگاران فکر می‌کنند برای افزایش حساسیت مسئولان لازم است اخبار خودکشی با هیجان بیشتری بیان شود و مشکل مهم‌تر دیگر اینکه در حال حاضر آحاد جامعه به دلیل داشتن یک گوشی، به تعبیری به یک خبرنگار تبدیل شده‌اند، بی‌آنکه از حساسیت‌های لازم اطلاع داشته باشند و در موارد زیادی با قصد پیشگیری از خودکشی، بر میزان آن می‌افزایند. با توجه به حساسیت موضوع، توصیه‌های زیر در انعکاس اخبار خودکشی مطرح می‌شود:

- لازم است قبل از انتشار خبر خودکشی، با یک جستجوی ساده از صحت و سقم خبر مطلع باشیم.
- از خودکشی در سرتیتر خبرها استفاده نکنیم و آن را در صفحات پربیننده همچون صفحه اول و صفحه آخر کار نکنیم.
- از بیان جزئیات حادثه مانند هویت فرد، نحوه دقیق اقدام، زمان و مکان آن، هرگونه روایت احساسی و هیجانی از خودکشی و انتشار عکس، فیلم، یادداشت یا هرگونه مدرک دیگری از حادثه اجتناب کنیم.
- خوب است به خاطر داشته باشیم مصاحبه با افراد غیرمتخصص، خانواده قربانی و یا شاهدانی مانند پلیس و غیره ممکن است بشدت آسیب‌زا باشد.
- در مورد خودکشی چهره‌های مشهور، علاوه بر موارد فوق توصیه می‌شود در متن گزارش به ماهیت چندعاملی این پدیده و ارتباط قوی آن با اختلالات روانپزشکی نیز پرداخته شود.
- از بیان خودکشی به عنوان یک رفتار قابل درک به تغییرات اجتماعی، فرهنگی و یا تنزل رتبه اجتماعی خودداری شود.
- لازم است از توضیح خودکشی به عنوان مسأله‌ای غیرقابل توضیح یا ساده انگارانه خودداری کرد: به عنوان مثال: «علیرغم اینکه همه چیز برای او فراهم بود خودکشی کرد».
- نوشتن سناریو و تولید و پخش فیلم‌هایی که بر اساس داستان‌های واقعی از خودکشی افراد ساخته می‌شوند ممکن است احتمال خطر خودکشی را در افراد مستعد افزایش دهد.
- در انتشار خبر خودکشی، به تاثیر خبر بر خانواده فرد، بازماندگان فرد اقدام کننده، رنج و انگ وارده بر خانواده در اثر انتشار خبر توجه شود.
- اخبار خودکشی به طور مکرر منتشر نشود.
- از ارجاعات زیاد به اخبار خودکشی‌های قبلی خودداری شود.
- از مطرح کردن خودکشی به عنوان یک اپیدمی و از ذکر عبارتهایی نظیر «منطقه‌ای با بیشترین خودکشی» خودداری شود.
- از بیان هویت افراد و خانواده افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند (به ویژه افراد سرشناس) خودداری شود.
- از تکریم و شرافتمدانه توصیف کردن خودکشی خودداری شود.
- در بیان آمار خودکشی، نباید صرفاً به اعداد اشاره کرد لازم است آمار بر اساس منبعی معتبر، توسط یک متخصص و در مقایسه با آمار جهان تفسیر شود.

مشکل در جمع‌آوری داده‌های مرتبط با آمار خودکشی، از جمله چالش‌های پیشگیری از خودکشی است. اگرچه آمار مشکلات روانی- اجتماعی گاهی دست خوش نگرانی مسئولان به ابعاد امنیتی آن می‌شود، به نظر می‌رسد در مورد خودکشی حداقل بیشتر از آن که مسئله نگاه مسئولان باشد به بحث انگ اجتماعی مربوط است. بر این اساس به نظر می‌رسد بخشی از خودکشی‌ها با یک عامل مرگ دیگری ثبت می‌شوند و در حال حاضر تنها آمار موجود رسمی که بر اساس سالنامه آماری پزشکی قانونی منتشر شده است احتمال دارد به نوعی زیر برآوردی از آمار واقعی باشد. هرچند تغییر در عوامل موثر نظیر انگ اجتماعی امری زمان‌بر بوده و مشکلات موجود در



داده‌های خودکشی به زودی مرتفع نخواهد شد و در عین حال به نظر می‌رسد می‌توان با تمهیداتی نظیر تجمیع آمار پزشکی قانونی با منابع دیگر به اطلاعات دقیق‌تری دست یافت.

در این نوشته هرچند چالش‌ها همراه با راهکارهایی بیان شد، در عین حال پرسش این است که این چالش‌ها حاوی چه پیامی هستند. بر اساس آنچه ذکر شد می‌توان گفت پیشگیری از خودکشی، هرچند با چالش‌هایی مواجه بوده و امری حساس و نیازمند توجه لازم است، ولی امکان‌پذیر است. در صورتی که واقع‌بین باشیم؛ محدودیت‌ها را بپذیریم؛ گام‌های عملی را بر مبنای راهبردهای علمی برداریم؛ ظرفیت‌های اجتماعی را فعال سازیم و این شعار روز جهانی پیشگیری از خودکشی را سرلوحه قرار دهیم که «با عمل امید بسازیم».

بوالهروی، جعفر؛ احمدخانیها، حمیدرضا؛ حاجبی، احمد؛ باقری یزدی، سید عباس؛ ناصرخت، مرتضی و همکاران. (۱۳۹۰). ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال هفدهم، شماره ۴، ۲۷۱ - ۲۷۸.

پورشریفی، حمید؛ یعقوبی، حمید؛ پیروی، حمید؛ حاجبی، احمد؛ اکبری زردخانه، سعید حسن‌آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۱). طرح پیشگیری از خودکشی موسوم به شور زندگی در خوابگاه‌های دانشجویی: مروری بر پروتکل اجرایی. *ششمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*.

Khazaei, S., Armanmehr, V., Nematollahi, S., Rezaeian, S., & Khazaei, S. (2017). Suicide rate in relation to the Human Development Index and other health related factors: A global ecological study from 91 countries. *Journal of epidemiology and global health*, 7(2), 131-134.

Roth, G. A., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... & Abdollahpour, I. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1736-1788.

Vijayakumar, L. (2018). Challenges and opportunities in suicide prevention in South-East Asia. *WHO South-East Asia journal of public health*, 6(1), 30-33.

Yang, B., & Lester, D. (1999). The misery index and suicide. *Psychological reports*, 84(3_suppl), 1086-1086.



۳- هشتمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران

هشتمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران
با تأکید بر روان‌شناسی تروما
 دارای محور اثر زیارت علوم، تعلیمات و فناوری

تهران - دانشگاه صنعتی شریف
 ۲۶ الی ۲۸ آبان‌ماه ۱۴۰۰
 آخرین مهلت ارسال چکیده مقالات: ۳۱ تیر ۱۴۰۰

محورهای کنگره:

- سبب‌شناسی و مداخله در تروما
- پاندمی کرونا و تروما
- آسیب یا رشد پس از تروما
- آسیب‌شناسی روانی و سلامت روان
- مداخلات روان‌شناختی
- سلامت روان دانشجویان و دانش‌آموزان
- اعتیاد و آسیب‌های اجتماعی
- روان‌شناسی و فرهنگ
- روان‌شناسی و صنعت
- روان‌شناسی و مهندسی هیجان
- روان‌شناسی و هوش مصنوعی
- روان‌شناسی عملکرد و ورزش
- روان‌شناسی و فضای مجازی
- روان‌شناسی خانواده و ازدواج
- روان‌شناسی کودک و نوجوان
- روان‌شناسی، مغز و شناخت
- روان‌شناسی شهری و رفتار شهروندی

وبسایت کنگره: <http://congress8.iranpa.org>
ایمیل دبیرخانه: congress8@iranpa.org

8th
 CONGRESS of The IRANIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION
 "Psychology of Trauma"
 Tehran-November 2021

ثبت نام کارگاه‌های آموزشی هشتمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران شروع شد
 برای ثبت نام و دریافت اطلاعات بیشتر به منوی ثبت نام «گزینه» شرکت در کارگاه‌های آموزشی مراجعه کنید. فهرست کارگاه‌ها با مجرب‌ترین اساتید حوزه روان‌شناسی و مشاوره ایران بروزرسانی خواهد شد.

<https://congress8.iranpa.org/cnf/workshop>



۴- دوره‌های آموزشی انجمن روان‌شناسی ایران

وبینارها و دوره‌های آموزشی و سخنرانی‌های انجمن روان‌شناسی ایران همانگونه که مستحضر هستید به دلیل شرایط بوجود آمده کنونی و برای حفظ سلامت استاد و شما عزیزان، کارگاه‌های انجمن غیرحضوری و به صورت آنلاین برگزار خواهد شد. کارگاه‌های آموزشی انجمن روان‌شناسی ایران که تاکنون نهایی شده است به شرح زیر اعلام می‌شود. و بزودی کارگاه‌های جدید از طریق وبسایت، تلگرام و اینستاگرام انجمن به آگاهی خواهد رسید. لازم به یادآوری است برای اعضای انجمن و دانشجویان ۱۰ درصد تخفیف در نظر گرفته شده است، بنابراین شرکت کنندگان در کارگاه اگر دانشجو و نیز عضو انجمن باشند از ۲۰ درصد تخفیف هزینه ثبت‌نام بهره‌مند خواهند شد.

۴-۱- سخنرانی: کمال‌گرایی-اهمالکاری؛ دو روی یک سکه

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:
بصورت آنلاین (ویدئو کنفرانس)
سخنران: دکتر مصطفی زارغان

زمان برگزاری: ۲۹ مهر

ساعت برگزاری: ۱۶ الی ۱۷:۳۰

شرایط شرکت کنندگان: اعضای محترم انجمن روان‌شناسی ایران

سخنرانی برای اعضای انجمن که عضویت آنها *اعتبار* دارد *رایگان* می باشد.

لطفا برای ثبت نام به شماره واتس اپ ۰۹۳۶۷۷۴۰۸۷۳ *پیام* بدهید.

انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند
بصورت آنلاین (ویدئو کنفرانس)

سخنرانی

کمال‌گرایی - اهمالکاری؛ دو روی یک سکه

سخنران: دکتر مصطفی زارغان
عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز
متخصص روانشناسی بالینی فرهنگی،
درمانگر کمال‌گرایی و اهمالکاری

تاریخ برگزاری: ۲۹ مهر
ساعت: ۱۶ الی ۱۷:۳۰

شرایط شرکت کنندگان: اعضای محترم انجمن روان‌شناسی ایران
سخنرانی برای اعضای انجمن که عضویت آنها *اعتبار* دارد *رایگان* است
لطفا برای ثبت نام به شماره واتس اپ ۰۹۳۶۷۷۴۰۸۷۳ *پیام* بدهید



۲-۴- کارگاه مداخله زودهنگام از تولد تا ۵ سالگی



با ارائه گواهی نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری) به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: خانم دکتر فریده ترابی میلانی

دکترای روانشناسی تربیتی، مدرس دانشگاه و مشاور

تاریخ برگزاری: ۶ و ۸ بهمن ۱۴۰۰

ساعت برگزاری: از ساعت ۹ الی ۱۳

طول دوره: ۸ ساعت

هزینه کارگاه: ۲۵۰ هزار تومان (۱۰ درصد تخفیف برای اعضای انجمن و ۱۰ درصد تخفیف برای دانشجویان)

شرایط شرکت کنندگان: دانشجویان کارشناسی روان‌شناسی و مشاوره و سطوح بالاتر

* امکان بازپخش فیلم کارگاه به صورت آنلاین *

* امکان پرسش و پاسخ و شرکت فعال در کارگاه* (متن، صوتی، تصویری)

سرفصل دروس:

بررسی تحول کودکان خردسال و اصول تحول

• مروری بر نظریه های روانشناسان تحولی نگر

• تحول بهنجار از تولد تا ۵ سالگی

• ارزیابی مبتنی بر تحول بهنجار

• تأخیرهای تحولی و آموزش گام به گام مهارت ها

لطفاً برای ثبت نام قطعی پس از واریز هزینه به حساب انجمن به شماره ۳۴۲۰۶۰۶۴۱ بانک تجارت شعبه دانشگاه شهید بهشتی، ویا

شماره کارت ۷۱۴۳-۰۷۰۲-۸۳۷۰-۵۸۵۹ به نام انجمن روان‌شناسی ایران

تصویر فیش پرداختی، نام، نام خانوادگی خود را به شماره واتس اپ ۰۹۳۶۷۷۴۰۸۷۳ ارسال نمایید. لطفاً قبل از کارگاه کتاب ارزیابی

برنامه ریزی آموزشی و بازپروری کودکان از تولد تا ۵ سالگی (انتشارات سمت) را تهیه و مطالعه بفرمایید.



۳-۴- دوره سوپرویزن تربیت درمانگر کودک



انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:

با ارائه گواهی نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری)
به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر کارینه طهماسیان

طول دوره: ده جلسه (۳۰ ساعت)

شروع دوره: آبان ۱۴۰۰

روزهای برگزاری:

۱۱، ۱۸، ۲۵ آبان

۲۳، ۳۰ آذر، ۶، ۱۳، ۲۰ دی

۷، ۱۴ دی

ساعت برگزاری: روزهای سه شنبه ساعت ۱۰ الی ۱۳

(به جز ۲۳ آذر از ساعت ۱۵ تا ۱۸)

هزینه دوره: ۱،۵۰۰،۰۰۰ تومان

بصورت کیس ریپورت، صوت یا تصویر جلسات شرکت کنندگان، رل پلیینگ و پرسش و پاسخ
دو گروه میتوانند ثبت نام کنند افرادی که مایل به ارایه کیس و دریافت سوپرویزن هستند و افرادی که مایلند فقط فرایند درمان و
سوپرویزن کیس دیگران را گوش دهند و بهره ببرند
(ثبت نام تعداد افرادی که مایل به کیس ریپورت هستند محدود است.)
۱۰ درصد تخفیف برای اعضای محترم انجمن روان‌شناسی ایران و ۱۰ درصد دانشجویان
شرایط شرکت کنندگان:

افرادی که دوره مقدماتی تربیت درمانگر را گذرانده و مدرک دریافت کرده اند
لطفاً برای ثبت نام و دریافت شماره کارت جهت واریز وجه به شماره واتس اپ ۰۹۳۶۷۷۴۰۸۷۳ پیام دهید.

[جهت اطلاع از ظرفیت دوره‌ها به وبسایت انجمن مراجعه نمایید.](#)



۴-۴- آشنایی با داروهای روانپزشکی



انجمن روان‌شناسی ایران برگزار می‌کند:

با ارائه گواهی‌نامه معتبر از انجمن روان‌شناسی ایران (دارای مجوز از وزارت علوم، تحقیقات و فناوری) به صورت آنلاین (وب کنفرانس)

مدرس: دکتر محسن ارجمند (روانپزشک)

استاد مهمان از آلمان (مدیر انتشارات ارجمند)

زمان برگزاری: ۲۲ و ۲۴ دی ۱۴۰۰

ساعت برگزاری: ۱۵ الی ۱۹

شرایط شرکت کنندگان: کارشناسی ارشد روانشناسی و مشاوره و سطوح بالاتر و پزشکان عمومی

هزینه کارگاه: ۳۸۰ هزار تومان

۱۰ درصد تخفیف به اعضای انجمن روانشناسی ایران و ۱۰ درصد تخفیف به دانشجویان تعلق خواهد گرفت.

سرفصل‌های دروس کارگاه:

- اصول عام فارموکولوژی
- طبقه بندی داروهای موثر بر روان
- داروهای ضد افسردگی
- داروهای ضد اضطراب
- داروهای ضد روانپریشی
- داروهای ضد دمانس (زوال عقل)
- داروهای ترک مواد
- داروهای خواب آور



- داروهای درمان اختلال دوقطبی
- داروهای محرک و تقویت کننده میل جنسی
- داروهای درمان بیش فعالی کودکان
- داروهای روانپزشکی در دوران بارداری

لطفاً برای ثبت نام قطعی پس از واریز هزینه به حساب انجمن به شماره ۳۴۲۰۶۰۶۴۱ بانک تجارت شعبه دانشگاه شهید بهشتی، و یا شماره کارت ۷۱۴۳-۰۷۰۲-۸۳۷۰-۵۸۵۹ به نام انجمن روان‌شناسی ایران تصویر فیش پرداختی، نام، نام خانوادگی خود را به شماره واتس اپ ۰۹۳۶۷۷۴۰۸۷۳ ارسال فرمایید.

[جهت اطلاع از ظرفیت دوره‌ها به وبسایت انجمن مراجعه نمایید.](#)

۵- اخبار و اطلاعیه‌های انجمن روان‌شناسی ایران

۱-۵- عضویت و تمدید عضویت دوساله و سه ساله در انجمن روان‌شناسی ایران

اعضای محترم انجمن روان‌شناسی ایران، با عضویت دو ساله و سه ساله از تخفیف ۱۰ درصد و ۲۰ درصد و صرفه جویی در هزینه پست برخوردار شوید. نظر به اینکه در هر دوره عضویت صرفاً یک کارت برای اعضا صادر می‌گردد، تغییر نوع عضویت در طول دوره امکان پذیر نیست. لذا خواهشمندیم چنانچه طی یک سال یا دو سال آینده، مقطع تحصیلی شما ارتقاء می‌یابد، لطفاً حسب مورد، به عضویت یکساله یا دوساله اقدام نمایید. چنانچه مدرک تحصیلی تغییری ندارد می‌توانید عضویت سه ساله را انتخاب نمایید.

۲-۵- مجله روان‌شناسی سلامت بالینی راه‌اندازی شد

مجله روان‌شناسی سلامت بالینی، فصلنامه انجمن روان‌شناسی ایران، با مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، به شماره ثبت ۷۹۲۴۱، به مدیر مسئولی دکتر نادر منیرپور راه‌اندازی شد.

علاقه‌مندان می‌توانند پس از مطالعه راهنمای نویسندگان، فایل مقالات خود را در زمینه روان‌شناسی سلامت بالینی و حوزه‌های مرتبط (مانند طب رفتاری، روانشناسی پزشکی و طب روان‌تنی) از طریق سامانه نشریه به ادرس www.chp-ipa.ir ارسال نمایند. لازم به ذکر است پس از چاپ چهار شماره توسط وزارت علوم ارزیابی و تعیین امتیاز خواهد شد، و امتیاز اخذ شده مشمول تمام شماره‌ها خواهد بود.

ایمیل مجله:

Clinical.health.ipa@gmail.com

۳-۵- مجمع عمومی سالانه انجمن برگزار می‌شود

مجمع عمومی عادی و فوق‌العاده انجمن روان‌شناسی ایران، با دستور جلسه مختلف از جمله انتخابات یازدهمین دوره هیات مدیره و بازرسی، در صورت به حدنصاب رسیدن در نوبت اول (تاریخ ۶ آبان‌ماه) و در غیراینصورت، در نوبت دوم (۲۸ آبان‌ماه) برگزار می‌شود. اطلاعات بیشتر در رسانه‌های انجمن منتشر خواهد شد.



۴-۵- دومین سمپوزیوم بین‌المللی پیشگیری و مداخله در خودکشی

به مناسبت روز جهانی پیشگیری از خودکشی، دومین سمپوزیوم بین‌المللی پیشگیری و مداخله در خودکشی با حضور اساتید برجسته و صاحب نظر خارجی و داخلی و با همکاری انجمن روان‌شناسی ایران در تاریخ ۱۸ شهریور ۱۴۰۰ برگزار شد.



۵-۵- ارتباط با انجمن از طریق پیامک یا واتس اپ

با توجه به شرایط موجود و دورکاری همکاران دفتری انجمن، می‌توانید سوالات خود را از طریق پیامک و یا واتس اپ به شماره ۰۹۳۶۷۷۴۰۸۷۳ ارسال نمایید و در مواقع ضروری از ساعت ۹ صبح الی ۲ بعدازظهر روزهای شنبه تا چهارشنبه تماس حاصل فرمایید.

۶-۵- فراخوان مقاله برای نشریه دانش روان‌شناسی، مجله علمی - ترویجی انجمن روان‌شناسی ایران

دوفصلنامه «دانش روان‌شناسی»، مجله‌ای علمی - ترویجی است که به منظور ارتباط دانش علمی و فنی پژوهشگران با جامعه، سهولت مبادله علمی بین آنها، معرفی پیشرفت‌های عمده در زمینه‌های مختلف روان‌شناسی و تحلیل موضوعات روان‌شناسی از دیدگاه پژوهشگران، کارشناسان داخلی و خارجی منتشر می‌شود. مقالات پژوهشی (Research Papers)، نقد و بررسی، گزارش‌های علمی یا یادداشت‌های تحقیقاتی (Technical Note)، مصاحبه با روان‌شناسان اثرگذار، سرگذشت زندگی روان‌شناسان اثرگذار، ترجمه یک فصل

کتاب و تحلیل علمی پدیده‌های اجتماعی (مثل رقابت در کنکور، راندگی، شهرنشینی، تورم و...)، متضمن مطالب همسو با اهداف دو ماهنامه و برخوردار از ابعاد آموزشی و پژوهشی ارزشمند با عنایت به محورهای پیشنهادی در فرم فراخوان مقاله، برای چاپ در این نشریه پذیرفته می‌شود.

راهنمای نویسندگان

به منظور تسهیل و تسریع فرآیند داوری و چاپ مقالات خواهشمند است به نکات زیر توجه فرمائید:

- مقاله ارسال شده در هیچ نشریه داخلی یا خارجی چاپ نشده باشد.
- مقاله ارسال شده همزمان به سایر مجلات فرستاده نشده باشد.
- مقاله از طریق ایمیل نشریه به نشانی daneshshervan@gmail.com ارسال شود.
- مقالات روی کاغذ ۴×۴ حروف چینی شود. فواصل بین خطوط به صورت ۱/۵ باشد. مقالات فارسی با قلم Bzar ۱۲ تهیه شود.
- حجم مقاله حداکثر ۸ صفحه چاپی باشد (با در نظر گرفتن محل جداول - اشکال - خلاصه - نتایج و فهرست منابع).



• چکیده مقاله برای مقالات فارسی با قلم Bcompset نازک ۱۱، به صورت تک ستونی و فقط طی یک پاراگراف ارائه شود.

• اشکال، جداول و نمودارهای مقاله حتما اصل بوده و با کیفیت مطلوب باشد (قلم میترا سیاه ۱۱).

ساختار مقاله شامل عناصر زیر است:

صفحه اول مقاله: شامل عنوان، مشخصات نویسنده، نویسندگان (درجه علمی، مرتبه دانشگاهی، نشانی پستی محل کار، تلفن و پست الکترونیک (Email))، چکیده فارسی و واژگان کلیدی (۳ تا ۶ کلمه) است. چکیده مقاله حداقل ۱۵۰ کلمه و حداکثر ۲۲۰ کلمه بوده و شامل مقدمه (زمینه)، روش تحقیق (در صورت وجود)، نتیجه‌گیری و توصیه‌ها در یک پاراگراف باشد.

صفحه دوم به بعد بر اساس نوع مقاله، بایستی با فرمت‌های مشخص شده در سایت نشریه همخوانی داشته باشد.

پانویس‌ها: توضیحات و معادل لاتین اصطلاحات و اسامی مولفانی که ذکر نامشان در منابع ضرورت ندارد، پائین هر صفحه با شماره‌های مجزا برای هر صفحه.

فهرست منابع: منابع و ماخذ باید به صورت درون متنی و همچنین در پایان مقاله ذکر شود.

ارجاعات در متن مقاله باید به شیوه داخل پرانتز (APA) باشد، به گونه‌ای که ابتدا نام مولف یا مولفان، سال انتشار و صفحه ذکر شود. شایان ذکر است که ارجاع به کارهای چاپ شده به همان زبان اصلی (فارسی یا انگلیسی) باشد. به عنوان نمونه: (براهنی، ۱۳۷۱، ص ۵۰) یا (Beck, ۱۹۹۰, pp. ۲۷-۸)

در پایان مقاله، منابع، به ترتیب الفبائی نام خانوادگی نویسنده، به شرح زیر آورد شود:

کتاب: نام خانوادگی مولف، حرف اول یا نام کامل مولف و تکرار آن برای مولفان بعدی، سال چاپ (در داخل پرانتز)، عنوان کتاب با قلم (ایتالیک)، نوبت چاپ، محل انتشار، ناشر.

نمونه فارسی:

براهنی، نقی (۱۳۷۱)، آناستازی، ۱، روان آزمائی، دانشگاه تهران

نمونه انگلیسی:

Beck, A., FREEMAN, A., & Associates. (1990). *cognitive therapy of personality disorder*. New York: Guilford press

مقاله: نام خانوادگی مولف، حرف اول یا نام کامل مولف و تکرار آن برای مولفان بعدی، سال چاپ (در داخل پرانتز)، عنوان مقاله (داخل گیومه)، عنوان مجله (با قلم ایتالیک)، سال انتشار مجله، شماره مجله، شماره صفحات مقاله.

Y نقل قول‌ها - مستقیم و غیر مستقیم - نقل به مضمون و مطالب استنتاج شده از منابع و ماخذ، با حروف نازک و استفاده از نشانه‌گذاری‌های مرسوم مشخص شود و نام صاحبان آثار، تاریخ، و شماره صفحات منابع و ماخذ، بلافاصله در میان پرانتز نوشته شود.

• مقالات برگرفته از رساله پایان‌نامه دانشجویان با نام استاد راهنما، مشاوران و دانشجو به صورت توأمان و با مسوولیت استاد راهنما منتشر می‌شود.

• حق رد یا قبول و نیز ویراستاری مقالات، برای دفتر نشریه محفوظ است.

• پس از چاپ دوفصلنامه، به تعداد نویسندگان مقاله، نشریه برای نویسنده مسوول ارسال خواهد شد.

• پست الکترونیک نشریه: daneshervan@gmail.com



۵-۶- شنبه‌شب‌ها، ساعت ۲۲، با انجمن روان‌شناسی ایران

مشارکت
در
ارتقای
رشته و حرفه
روان‌شناسی

شنبه‌شب‌ها
با
انجمن
روان‌شناسی
ایران

شنبه شب‌ها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
با حضور و مشارکت ظرفیت های مهم و گامی مفید در جهت حرفه
@iranpsyasso www.iranpa.org

اعضای گرامی، با اطلاع زمانی، اولین گام مشارکت خود را اینجا نمایید.

شنبه شب‌ها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
با حضور و مشارکت ظرفیت های مهم و گامی مفید در جهت حرفه
موضوع برنامه: ۲۳ (۲۲ شهریور)
گفت‌وگو با دکتر شیوا آبینی
«اهمیت روان‌شناسی بودن»
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرعی
@iranpsyasso www.iranpa.org

اعضای گرامی، با اطلاع زمانی، اولین گام مشارکت خود را اینجا نمایید.

شنبه شب‌ها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
با حضور و مشارکت ظرفیت های مهم و گامی مفید در جهت حرفه
موضوع برنامه: ۲۴ (۲۳ شهریور)
گفت‌وگو با جناب آقای دکتر رضا زمانی
«رشته حرفه و انجمن روان‌شناسی ایران»
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرعی
@iranpsyasso www.iranpa.org

اعضای گرامی، با اطلاع زمانی، اولین گام مشارکت خود را اینجا نمایید.

شنبه شب‌ها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
با حضور و مشارکت ظرفیت های مهم و گامی مفید در جهت حرفه
موضوع برنامه: ۲۵ (۲۴ شهریور)
گفت‌وگو با دکتر بهروز دولتابادی
«اهمیت خدمات روان‌شناسی؛ ضرورت، انواع احتمالی و راهکارها»
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرعی
@iranpsyasso www.iranpa.org

اعضای گرامی، با اطلاع زمانی، اولین گام مشارکت خود را اینجا نمایید.

شنبه شب‌ها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
با حضور و مشارکت ظرفیت های مهم و گامی مفید در جهت حرفه
موضوع برنامه: ۲۶ (۲۵ شهریور)
گفت‌وگو با دکتر علی تاحی آشتابانی
«روانشناسی فرهنگی»
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرعی
@iranpsyasso www.iranpa.org

اعضای گرامی، با اطلاع زمانی، اولین گام مشارکت خود را اینجا نمایید.



شنبه شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی

مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی

با حضور و مشارکت فریبت های مهم و گامی معقول مانده حرفه

هفتمین برنامه (شنبه ۴ بهمن‌ماه ۱۳۹۹)
گفت‌وگو با دکتر محمود دزکام

وضعیت روان‌شناسی ما در شرایط فعلی
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرینی

[@iranpsyasso](https://www.instagram.com/iranpsyasso) www.iranpa.org
«اعضای گرامی، با اطلاع رسانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی

مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی

با حضور و مشارکت فریبت های مهم و گامی معقول مانده حرفه

پنجمین برنامه (شنبه ۲۰ دی‌ماه ۱۳۹۹)
گفت‌وگو با دکتر لادن قتی

چه کسی "صلاحیت" کسوت روان‌شناسی را دارد؟
نگاهی تحلیلی کاربردی به آموزش و ارزشیابی صلاحیت محور در ایران
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرینی

[@iranpsyasso](https://www.instagram.com/iranpsyasso) www.iranpa.org
«اعضای گرامی، با اطلاع رسانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی

مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی

با حضور و مشارکت فریبت‌های مهم و گامی معقول مانده حرفه

نهمین برنامه (شنبه ۱۸ بهمن‌ماه ۱۳۹۹)
گفت‌وگو با دکتر محمدعلی منطهری

اهمیت حرفه‌ای گری در خدمات روان‌شناسی
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرینی

[@iranpsyasso](https://www.instagram.com/iranpsyasso) www.iranpa.org
«اعضای گرامی، با اطلاع رسانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی

مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی

با حضور و مشارکت فریبت، های مهم و گامی معقول مانده حرفه

هشتمین برنامه (شنبه ۱۱ بهمن‌ماه ۱۳۹۹)
گفت‌وگو با دکتر ناصر صبحی فراملکی

سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره: کنج در ریج
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرینی

[@iranpsyasso](https://www.instagram.com/iranpsyasso) www.iranpa.org
«اعضای گرامی، با اطلاع رسانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی

مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی

با حضور و مشارکت فریبت‌های مهم و گامی معقول مانده حرفه

پانزدهمین برنامه (شنبه ۲ اسفندماه ۱۳۹۹)
گفت‌وگو با دکتر حمیدرضا پوراعتقاد

نقش نهادهای غیر رسمی در حفظ و ارتقای جایگاه علمی و حرفه‌ای روان‌شناسی
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرینی

[@iranpsyasso](https://www.instagram.com/iranpsyasso) www.iranpa.org
«اعضای گرامی، با اطلاع رسانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی

مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی

با حضور و مشارکت فریبت‌های مهم و گامی معقول مانده حرفه

دهمین برنامه (شنبه ۲۵ بهمن‌ماه ۱۳۹۹)
گفت‌وگو با دکتر حسین شکرکن

روان‌شناسی از برگی تا اهواز
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرینی

[@iranpsyasso](https://www.instagram.com/iranpsyasso) www.iranpa.org
«اعضای گرامی، با اطلاع رسانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»



شنبه‌شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
با حضور و مشارکت حرفه‌های مهم و گامی مفول مانده حرفه

سیزدهمین برنامه (شنبه ۱۶ اسفندماه ۱۳۹۹)
گفت‌وگو با دکتر امیر هوشنگ مهریار
روان‌شناسی و مسائل اجتماعی کلان
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرابی

www.iranpa.org @iranpsyasso

«اعضای گرامی، با اطلاع رسانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه‌شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
با حضور و مشارکت حرفه‌های مهم و گامی مفول مانده حرفه

دوازدهمین برنامه (شنبه ۹ اسفندماه ۱۳۹۹)
گفت‌وگو با دکتر حمید یعقوبی
روان‌شناسان، مراجعان و قوانین حمایتی
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرابی

www.iranpa.org @iranpsyasso

«اعضای گرامی، با اطلاع رسانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه‌شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
با حضور و مشارکت حرفه‌های مهم و گامی مفول مانده حرفه

پانزدهمین برنامه (شنبه ۵ تیرماه ۱۴۰۰)
گفت‌وگو با دکتر حمزه گنجی
تعامل روان‌شناسی و خلاقیت
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرابی

www.iranpa.org @iranpsyasso

«اعضای گرامی، با اطلاع رسانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه‌شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
با حضور و مشارکت حرفه‌های مهم و گامی مفول مانده حرفه

چهاردهمین برنامه (شنبه ۲۳ اسفندماه ۱۳۹۹)
گفت‌وگو با دکتر نورمحمد بخشانی
فرصت‌ها و چالش‌های روان‌شناسی!
از آموزش تا کار حرفه‌ای: با تاکید به استان‌ها
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرابی

www.iranpa.org @iranpsyasso

«اعضای گرامی، با اطلاع رسانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه‌شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
با حضور و مشارکت حرفه‌های مهم و گامی مفول مانده حرفه

هفدهمین برنامه (شنبه ۱۹ تیرماه ۱۴۰۰)
گفت‌وگو با دکتر شهریار شهیدی
آموزش روان‌شناسی در ایران:
عمل‌گرایی یا نظریه‌پردازی؟
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرابی

www.iranpa.org @iranpsyasso

«اعضای گرامی، با اطلاع رسانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه‌شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
با حضور و مشارکت حرفه‌های مهم و گامی مفول مانده حرفه

شانزدهمین برنامه (شنبه ۱۲ تیرماه ۱۴۰۰)
گفت‌وگو با دکتر ابوالقاسم نوری
مسیر شغلی و زندگی یک روان‌شناس
مباحثه کننده: دکتر حمید پورشرابی

www.iranpa.org @iranpsyasso

«اعضای گرامی، با اطلاع رسانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»



شنبه‌شب‌ها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
 با حضور و مشارکت طرفین‌های مهم و گاهی مغلوط مانده حرفه

هجدهمین برنامه (شنبه ۲۶ مردادماه ۱۴۰۰)
گفت‌وگو با دکتر حبیب‌الله قاسمی‌زاده
آینده روان‌شناسی بالینی در ایران
 مجامحه کننده: دکتر حمید پورشریفی

[@iranpsyasso](https://www.instagram.com/iranpsyasso) www.iranpa.org
 «اعضای گرامی، با اطلاع زمانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه‌شب‌ها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
 با حضور و مشارکت طرفین‌های مهم و گاهی مغلوط مانده حرفه

نوزدهمین برنامه (شنبه ۲ مردادماه ۱۴۰۰)
گفت‌وگو با دکتر محمد کاظم واعظ موسوی
فرصت‌ها و چالش‌ها در روان‌شناسی ورزشی
 مجامحه کننده: دکتر حمید پورشریفی

[@iranpsyasso](https://www.instagram.com/iranpsyasso) www.iranpa.org
 «اعضای گرامی، با اطلاع زمانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه‌شب‌ها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
 با حضور و مشارکت طرفین‌های مهم و گاهی مغلوط مانده حرفه

بیستمین برنامه (شنبه ۹ مردادماه ۱۴۰۰)
گفت‌وگو با دکتر محمدرضا جلالی
ضد روان‌شناسی
 مجامحه کننده: دکتر حمید پورشریفی

[@iranpsyasso](https://www.instagram.com/iranpsyasso) www.iranpa.org
 «اعضای گرامی، با اطلاع زمانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه‌شب‌ها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
 با حضور و مشارکت طرفین‌های مهم و گاهی مغلوط مانده حرفه

بیست و یکمین برنامه (شنبه ۱۶ مردادماه ۱۴۰۰)
گفت‌وگو با دکتر عباس بخشی‌پور رودسری
روان‌شناسی به مثابه علم
 مجامحه کننده: دکتر حمید پورشریفی

[@iranpsyasso](https://www.instagram.com/iranpsyasso) www.iranpa.org
 «اعضای گرامی، با اطلاع زمانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه‌شب‌ها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
 با حضور و مشارکت طرفین‌های مهم و گاهی مغلوط مانده حرفه

بیست و دومین برنامه (شنبه ۲۳ مردادماه ۱۴۰۰)
گفت‌وگو با دکتر محمدرضا عابدی
اهمیت ذهنی‌سازی
در فضای ارائه خدمات روان‌شناسی
 مجامحه کننده: دکتر حمید پورشریفی

[@iranpsyasso](https://www.instagram.com/iranpsyasso) www.iranpa.org
 «اعضای گرامی، با اطلاع زمانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»

شنبه‌شب‌ها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
 با حضور و مشارکت طرفین‌های مهم و گاهی مغلوط مانده حرفه

بیست و سومین برنامه (شنبه ۳۰ مردادماه ۱۴۰۰)
گفت‌وگو با دکتر پروانه محمدخانی
دیدگاه فرآیندهی: فرمول‌بندی مورد و برنامه‌ریزی درمان
 مجامحه کننده: دکتر حمید پورشریفی

[@iranpsyasso](https://www.instagram.com/iranpsyasso) www.iranpa.org
 «اعضای گرامی، با اطلاع زمانی، اولین گام مشارکت خود را ایفا نمایید.»



شنبه‌شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
بیست و پنجمین برنامه (شنبه ۱۳ شهریورماه ۱۴۰۰)



گفت‌وگو با دکتر حسن عشاغری
نقش تازه‌های علوم اعصاب در روان‌شناسی
مباحثه کننده: دکتر حمید پورفرش

www.iranpa.org @iranpsyasso

شنبه‌شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
با دعوت و مشارکت فراتجارتی پور و گلس شامل خانده حرفه



بیست و چهارمین برنامه (شنبه ۶ شهریورماه ۱۴۰۰)
گفت‌وگو با دکتر حمیدرضا حسن‌آبادی
فر مسیر تحولات روان‌شناسی تربیتی؟
تواندگان حرفه‌اش
مباحثه کننده: دکتر حمید پورفرش

www.iranpa.org @iranpsyasso

شنبه‌شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
بیست و ششمین برنامه (شنبه ۲۰ شهریورماه ۱۴۰۰)



گفت‌وگو با دکتر فرشته غوبادی
آموزش روان‌شناسی در ایران:
برنامه‌های درسی، دانشگاهی و آموزشی‌های غیررسمی
مباحثه کننده: دکتر حمید پورفرش

www.iranpa.org @iranpsyasso

شنبه‌شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
بیست و هفتمین برنامه (شنبه ۲۲ شهریورماه ۱۴۰۰)



گفت‌وگو با دکتر حسن حقی‌شناسی
آزمون‌های نوروسایکولوژی کاربردی
مباحثه کننده: دکتر حمید پورفرش

www.iranpa.org @iranpsyasso

شنبه‌شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
بیست و هشتمین برنامه (شنبه ۱۰ مهرماه ۱۴۰۰)



گفت‌وگو با دکتر منشته غرابی
ارزیابی و تشخیص: حلقه مغفول‌مانده در فرمان
مباحثه کننده: دکتر حمید پورفرش

www.iranpa.org @iranpsyasso

شنبه‌شبها ساعت ۲۲ با انجمن روان‌شناسی ایران
در سلسله برنامه‌های زنده اینستاگرامی
مشارکت در ارتقای رشته و حرفه روان‌شناسی
بیست و نهمین برنامه (شنبه ۳ مهرماه ۱۴۰۰)



گفت‌وگو با دکتر آذر خش‌مگری
چرا روان‌درمانی اثر می‌کند؟
با نگاهی بر رویکردهای چندبعدی فرایندمحور فراتشخیصی
مباحثه کننده: دکتر حمید پورفرش

www.iranpa.org @iranpsyasso



لینک فیلم اولین برنامه:

گفتگو با جناب آقای دکتر رضا زمانی با عنوان «رشته، حرفه و انجمن روان‌شناسی ایران»

<https://www.instagram.com/tv/CItaLCaDHqI/?igshid=1ixgdkuqfm59d>

لینک فیلم دومین برنامه:

فیلم گفتگو با خانم دکتر شیوا دولت آبادی با عنوان «اهمیت روان‌شناس بودن»

https://www.instagram.com/tv/CI_cWzTjH_K/?igshid=12je8ywwvadlo

لینک فیلم سومین برنامه:

گفتگو با آقای دکتر علی فتحی آشتیانی با عنوان «روان‌شناسی فرهنگی»

<https://www.instagram.com/tv/CJRdRY0j5Kd/?igshid=128ndviakzvo4>

لینک فیلم چهارمین برنامه:

گفتگو با آقای دکتر بهروز دولتشاهی با عنوان «بیمه خدمات روان‌شناسی: ضرورت، موانع و رهکارها»

<https://www.instagram.com/tv/CJjfa7sDsDe/?igshid=117jx8az1yrua>

لینک فیلم پنجمین برنامه:

گفتگو با خانم دکتر لادن فتی با عنوان «چه کسی "صلاحیت" کسوت روان‌شناسی را دارد: نگاهی تحلیلی کاربردی به آموزش و ارزشیابی صلاحیت محور در ایران»

<https://www.instagram.com/tv/CJ1gKAijHda/?igshid=8k73kb50p3tr>



لینک فیلم هفتمین برنامه:

گفتگو با آقای دکتر محمود دژکام با عنوان «وضعیت روان‌شناسی ما در شرایط فعلی»

<https://www.instagram.com/tv/CKZkfO0j-vP/?igshid=dzh98s4m93g4%C2%A0>

لینک فیلم هشتمین برنامه:

گفتگو با دکتر ناصر صبحی قراملکی با عنوان «سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره: گنج در رنج»

<https://www.instagram.com/tv/CKrlfv7DKoj/?igshid=15pdtgyibltg4>

لینک فیلم نهمین برنامه:

گفتگو با دکتر محمدعلی مظاهری با عنوان «اهمیت حرفه‌ای‌گری در خدمات روان‌شناسی»

<https://www.instagram.com/tv/CK9nMgSDLrx/?igshid=14vebjctqsgzl>

لینک فیلم دهمین برنامه:

گفتگو با دکتر حسین شکرکن با عنوان «روان‌شناسی از برکلی تا اهواز»

https://www.instagram.com/tv/CLPpz0RjQ_w/?igshid=1bxusmis0s9zs

لینک فیلم یازدهمین برنامه:

گفتگو با دکتر حمیدرضا پوراعتماد با عنوان «نقش نهادهای غیر رسمی در حفظ و ارتقای جایگاه علمی و حرفه‌ای روان‌شناسی»

<https://www.instagram.com/tv/CLhqzUnj1II/?igshid=19bn2p8ydz37k>

لینک فیلم دوازدهمین برنامه:

گفتگو با دکتر حمید یعقوبی با عنوان «روان‌شناسان، مراجعان و قوانین حمایتی»

<https://www.instagram.com/tv/CLzsMA7HCwZ/?igshid=zlwqnb7rl637>

لینک فیلم سیزدهمین برنامه:

گفتگو با دکتر امیر هوشنگ مهریار با عنوان «روان‌شناسی و مسائل اجتماعی کلان»

<https://www.instagram.com/tv/CMFt4iRHYLw/?igshid=1mvdepw0xiske>

لینک فیلم چهاردهمین برنامه:

گفتگو با نورمحمد بخشانی با عنوان «فرصت‌ها و چالش‌های روان‌شناسی؛ از آموزش تا کار حرفه‌ای، با تاکید به استان‌ها»

<https://www.instagram.com/tv/CMXvWyZnyJe/?igshid=lwb27zsyor3k>



لینک فیلم پانزدهمین برنامه:

گفتگو با دکتر حمزه گنجی با عنوان «تعامل روان‌شناسی و اخلاقیت»

https://www.instagram.com/tv/CQI_aPCHlPc/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم شانزدهمین برنامه:

گفتگو با دکتر ابوالقاسم نوری با عنوان «تعامل روان‌شناسی و اخلاقیت»

https://www.instagram.com/tv/CQ4CD9bHEWj/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم هفدهمین برنامه:

گفتگو با دکتر شهریار شهیدی با عنوان «آموزش روان‌شناسی در ایران: عمل‌گرایی یا نظریه‌پردازی؟»

https://www.instagram.com/tv/CRKCtUFHQre/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم هجدهمین برنامه:

گفتگو با دکتر حبیب‌اله قاسم‌زاده با عنوان «آینده روان‌شناسی بالینی در ایران»

https://www.instagram.com/tv/CRcDzHhHU8A/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم نوزدهمین برنامه:

گفتگو با دکتر محمد کاظم واعظ موسوی با عنوان «فرصت‌ها و چالش‌ها در روان‌شناسی ورزشی»

https://www.instagram.com/tv/CRuFXRCHkKZ/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم بیستمین برنامه:

گفتگو با دکتر محمدرضا جلالی با عنوان «ضد روان‌شناسی»

https://www.instagram.com/tv/CSAIZ_uHP9J/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم بیست و یکمین برنامه:

گفتگو با دکتر عباس بخشی‌پور رودسری با عنوان «روان‌شناسی به مثابه علم»

https://www.instagram.com/tv/CSSLNDIH5sX/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم بیست و دومین برنامه:

گفتگو با دکتر محمدرضا عابدی با عنوان «اهمیت ذهنی‌سازی در فضای آرایه خدمات روان‌شناسی»

https://www.instagram.com/tv/CSkK14LH7gj/?utm_medium=copy_link



لینک فیلم بیست و سومین برنامه:

گفتگو با خانم دکتر پروانه محمدخانی با عنوان « دیدگاه فراتشخیصی: فرمول‌بندی مورد و برنامه‌ریزی درمان »
https://www.instagram.com/tv/CS2O2-BnhWi/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم بیست و چهارمین برنامه:

گفتگو با آقای دکتر حمیدرضا حسن‌آبادی با عنوان « در مسیر تحولات روان‌شناسی تربیتی: نوادگان حرفه‌اش »
https://www.instagram.com/tv/CTINpqon3k0/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم بیست و پنجمین برنامه:

گفتگو با آقای دکتر حسن عشایری با عنوان « نقش تازه‌های علوم اعصاب در روان‌شناسی »
https://www.instagram.com/tv/CTaP-nwno52/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم بیست و ششمین:

گفتگو با خانم دکتر فرشته موتابی با عنوان « آموزش روان‌شناسی در ایران: برنامه‌های درسی دانشگاهی و آموزش‌های غیررسمی »

https://www.instagram.com/tv/CTsQNO4DI5w/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم بیست و هفتمین:

گفتگو با دکتر حسن حق‌شناس با عنوان «آزمون‌های نوروسایکولوژیک کاربردی»
https://www.instagram.com/tv/CT-SAs-ryKD/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم بیست و هشتمین:

گفتگو با دکتر آذرخش مگری با عنوان «چرا روان‌درمانی اثر می‌کند؟ با نگاهی بر رویکردهای چندبعدی فرایند محور فراتشخیصی»

https://www.instagram.com/tv/CUQatKipJOS/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم بیست و نهمین:

گفتگو با دکتر بنفشه غرایبی با عنوان « ارزیابی و تشخیص: حلقه مغفول مانده در درمان »
https://www.instagram.com/tv/CUibPImlzXS/?utm_medium=copy_link

لینک فیلم سی‌امین:

گفتگو با دکتر حسین کاویانی با عنوان «روان‌شناسی ایران: از تئوری تا عمل»
https://www.instagram.com/tv/CU0eGTmFPvP/?utm_medium=copy_link



۷-۵- شعبه‌ها و نمایندگی‌های انجمن روان‌شناسی ایران

۱-۷-۵- دستورالعمل اجرایی شعبه‌های انجمن روان‌شناسی ایران

- ۱- هر شعبه موظف است فعالیت خود را هر دو ماه یک‌بار به مسئول شعبه در هیات مدیره انجمن روان‌شناسی ایران گزارش کند.
- ۲- شعبه‌ها می‌توانند هرگونه فعالیت‌های آموزشی (کارگاه، سمپوزیوم، دوره‌های بلند مدت و کوتاه مدت، همایش) برگزار کنند به شرط این که:
 - الف- رزومه مدرس و سرفصل‌های آن را یک ماه قبل برای انجمن ارسال نمایند تا پس از تایید هیات مدیره مجوز برای برگزاری توسط مدرس مذکور صادر شود.
 - ب- نرخ هر کارگاه منطبق با مصوبات انجمن روان‌شناسی ایران است.
 - ج- برای هر کارگاه، ارزیابی انجام و به سازمان مرکزی ارسال شود.
- ۳- کلیه گواهی کارگاه‌ها توسط انجمن صادر می‌شود و فهرست اسامی شرکت‌کنندگان در کارگاه‌ها باید ظرف دو هفته از زمان برگزاری برای انجمن ارسال شود.
- ۴- شعبه‌ها ۱۰ درصد از کل مبلغ دریافت شده از ثبت نام شرکت‌کنندگان در آموزش‌ها را به عنوان بالاسری و بمنظور هزینه‌های پستی باید به حساب انجمن روان‌شناسی ایران واریز نمایند.
- ۵- استفاده از نام و لوگوی انجمن برای هرگونه فعالیت فقط با کسب مجوز کتبی از هیات مدیره مرکزی مجاز است.
- ۶- هر فعالیتی بدون درج لوگو و نام انجمن در مستندات جزء عملکرد محسوب نخواهد شد.
- ۷- هر شعبه موظف است ۲ ماه قبل از پایان دوره تمهیدات لازم را برای انتخابات دوره بعد فراهم کند.
- ۸- شرکت بازرس در جلسات شورای اجرایی شعبه بدون داشتن حق رأی مجاز است.
- ۹- این دستورالعمل در ۹ بند و ۳ زیر بند در تاریخ ۱۳۹۵/۱۲/۲ به تصویب هیات مدیره ی انجمن رسید.



شعبه	آدرس	ایمیل	تلفن
آذربایجان شرقی	دانشگاه تبریز، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، طبقه سوم، اتاق ۳۰۳	psychology.tabriz@gmail.com	۰۹۱۴۲۵۸۶۷۷۸
اصفهان	اصفهان، میدان آزادی (دروازه شیراز)، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دفتر دکتر ابوالقاسم نوری	iranpa.isfahan@gmail.com	۰۳۱۳۶۶۸۳۱۰۷
کرمانشاه	بلوار شهید بهشتی، سه راه ۲۲ بهمن، انتهای باغ نی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کرمانشاه، ساختمان دبیرخانه، طبقه سوم	anjomanravanshenasi2013@gmail.com	۸۲۱۴۲۳۲ ۸۲۲۵۷۷۱ ۸۲۵۵۵۸۲ داخلی ۲۱۵
گیلان	گیلان، رشت، گلزار، بلوار گیلان، دانشگاه فرهنگیان، پردیس بنت الهدی صدر گیلان کدپستی: ۱۶۷۱۱-۴۱۶۶۶	gilanpa.br@gmail.com	۳۳۷۸۰۱۷۰-۰۱۳
مازندران	مازندران، بابلسر، خیابان پاسداران، دانشگاه مازندران، دانشکده علوم انسانی، دفتر حوزه ریاست، کدپستی ۴۷۴۱۶۱۳۵۳۴	ipa.mazandaran@gmail.com	۰۱۱۳۵۳۰۲۶۰۱
خوزستان	اهواز، بلوار گلستان، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی		۱۶- ۰۶۱۳۳۳۳۰۰۱۴
فارس	فارس، شیراز، باجگاه، بیمارستان اعصاب و روان استاد محرری شیراز، بخش روانشناسی بالینی	farsipa@gmail.com	۰۹۱۷۷۱۴۵۲۰۳
بندرگز	استان گلستان، بندرگز، کیلومتر ۱ اتوبان بندرگز، دانشگاه آزاد واحد بندرگز کدپستی: ۹۷۱۷۹-۴۸۷۳۱	Bandargaz.ipa@gmail.com	۰۱۷-۳۴۳۶۸۰۱۱
قم	قم، بلوار ۱۵ خرداد (امامزاده سید علی (ع))، ۵۵ متری عمار یاسر، دانشگاه پیام نور مرکز قم، طبقه اول، دفتر انجمن روان‌شناسی ایران	Qomipa@gmail.com	۰۲۵۳۷۱۷۹۱۴۵



۲-۷-۵- گزارش عملکرد انجمن روان‌شناسی ایران شعبه درجه یک استان کرمانشاه

- پیش‌همایش ملی علوم انسانی و حکمت اسلامی با راهبری کمیسیون حکمت اسلامی و تعالی روان‌شناسی به میزبانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه و با مشارکت نهادهای علمی و فرهنگی کشور از جمله انجمن روان‌شناسی ایران در تاریخ ۲۷ تیرماه ۱۴۰۰ با تشکیل نشست‌های تخصصی و بصورت مجازی برگزار شد. این نشست که با عنوان کرسی نظریه پردازی طراحی برنامه‌های ملی خانواده محور لازمه تحکیم و تعالی خانواده (بر اساس الگوی اسلامی-ایرانی) و با حضور دکتر غلامعلی افروز (استاد ممتاز دانشگاه تهران)، حجت الاسلام و المسلمین دکتر عبدالحسین خسروپناه (معاون محترم علوم انسانی و هنر دانشگاه آزاد اسلامی)، دکتر کیوان کاکابرابی (دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی)، دکتر علی اکبر ارجمندنیا (دانشیار دانشگاه تهران)، دکتر محمد ابراهیم مداحی (استاد دانشگاه شاهد) و دیگر اساتید دانشگاه‌های کشور برگزار شد در سه پنل تخصصی در حوزه خانواده ارائه و توسط ناقدان مورد بحث و بررسی قرار گرفت.
- به اطلاع پژوهشگران و علاقمندان می‌رساند اولین همایش ملی علوم انسانی و حکمت اسلامی با محوریت کمیسیون حکمت اسلامی و تعالی روان‌شناسی در تاریخ ۹ آبان ماه ۱۴۰۰ به میزبانی دانشگاه آزاد اسلامی برگزار خواهد شد. علاقمندان به شرکت در این رویداد علمی می‌توانند برای دریافت اطلاعات مربوط به نحوه حضور و ثبت نام در سایت همایش به نشانی <https://hikmah.iau.ir/> مراجعه نمایند.
- چاپ کتاب:
 - ۱- کتاب جعبه ابزار فرزندپروری (راهنمای عملی برای والدین آگاه) با تالیف: دکتر محمد ترکمان، دکتر کیوان کاکابرابی و دکتر محمود یوسفی با هدف مهارت‌آموزی و اصلاح راهبرد فرزندپروری با نگاه بومی در نشر ساوالان به چاپ رسید.
 - ۲- کتاب بیگانه با بودن که تالیف آن توسط رضا مرادی و هانیه چقازردی انجام شده است توسط انتشارات شاملو در تابستان ۱۴۰۰ به چاپ رسیده است. این کتاب به جستاری علمی در موضوع خودکشی پرداخته است.



۶- اخبار و گزارش‌های خبری حرفه روان‌شناسی

۶-۱- فراخوان ارسال مقاله برای مجله تخصصی عصب روان‌شناسی بالینی ورزشی

**مجله تخصصی
عصب روان‌شناسی بالینی ورزشی**
شماره مجوز: ۸۸۵۲۲

به استحضار شما فرهیخته گرامی می‌رساند
مجله تخصصی عصب روان‌شناسی بالینی
ورزشی با هدف انتشار پژوهش‌های روان‌شناختی در
زمینه‌های روان‌شناسی ورزشی، روان‌شناسی
بالینی و عصب روان‌شناسی به‌عنوان مجله‌ای
تخصصی آغاز به کار کرده است و در آینده‌ای نزدیک
اقدام به دریافت مجوزهای علمی-پژوهشی و ISC
خواهد نمود، و در هدفی میان مدت مجوز SCOPUS را
مورد نظر قرار داده است.

از اساتید فرهیخته، نویسندگان، و
دانشجویان محترم روان‌شناسی و
رشته‌های مرتبط دعوت می‌شود تا
مقاله‌های علمی-پژوهشی همسو با
محورهای مجله را در سایت مجله
بارگذاری نمایند.

صاحب امتیاز و مدیرمسئول:
دکتر سیده‌حمدرضا علوی‌زاده
سر دبیر:
دکتر ناصر صبحی قراملکی

Call for Paper

وبسایت: <http://icsnp.ir/>
ایمیل: icsnp.ir@gmail.com

Google CIVILICA doi OPEN ACCESS

[بازگشت به صفحه اول](#)



۷- اخبار علمی

۷-۱ عوامل خطر برای اقدام به خودکشی در طول قرنطینه کووید-۱۹: شناسایی گروه‌های پرخطر

مترجم: فاطمه شنبدی - فارغ التحصیل کارشناسی روانشناسی، دانشگاه آزاداسلامی واحد یادگار امام خمینی (ره) شهرری، تهران

نوشته حاضر خلاصه‌ای از پژوهشی است که در شماره ۴ سال ۲۰۲۱ در Journal of Taibah University Medical Sciences توسط Asma H. Almaghrebi با عنوان زیر منتشر شده است:

Risk factors for attempting suicide during the COVID-۱۹ lockdown: Identification of the high- risk groups

در دوران همه‌گیری ویروس کرونا، شاهد افزایش موارد مشکلات سلامت روانی و میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی بوده‌ایم. این مطالعه با هدف شناسایی عوامل خطر مرتبط با خودکشی و عوامل استرس‌زا برای تعیین گروه‌هایی که در معرض خطر بیشتری در برابر اقدام به خودکشی در طول قرنطینه کووید-۱۹ قرار داشتند، انجام شد.

اقدام به خودکشی یک رفتار آسیب به خود است که با هدف مرگ صورت می‌گیرد. اقدام به خودکشی ۳۰ برابر بیشتر از خودکشی‌های کامل است و به عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده خطر مرگ که با اقدام به خودکشی‌های آینده همراه است، تلقی می‌شود. بازماندگان خودکشی، در معرض افزایش خطر ابتلا به اختلالات پس از سانحه، رفتارهای تکرارشونده خودکشی‌گرایانه، احساس گناه، شرم و انگ‌های اجتماعی قرار دارند. خودکشی یک رویداد تک علتی نیست بلکه پدیده پیچیده‌ای است که در برگیرنده عوامل مختلف زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی-فرهنگی است. در حالیکه بعضی از این عوامل بیانگر خطر خودکشی طولانی مدت هستند، مابقی نشان‌دهنده رنج کنونی است که فرد در حال رویارویی با آن است. مطالعات قبلی حاکی از آن است که زندگی پراسترس نقش بسیار مهمی در خودکشی ایفا می‌کند. رایج‌ترین عوامل استرس‌زای شناخته شده در اقدام به خودکشی و خودکشی کامل با رکود اقتصادی، مشکلات ارتباطی و بیماری‌های مزمن مرتبط‌اند و ارزیابی این رویدادها در درک خطر خودکشی و تشخیص رفتار خودکشی توسط افراد در هر زمانی حائز اهمیت است. همچنین مطالعات نشان می‌دهند شرایط کنونی همه‌گیری کرونا و اقدامات بهداشتی نظیر فاصله‌گذاری اجتماعی، قرنطینه و محدودیت‌های مسافرتی تهدیدی برای سلامت روانی به شمار می‌آیند و موجب بدتر شدن عوامل خطر خودکشی می‌شوند. شرایط همه‌گیری کرونا موجب افزایش سطح رنج شخصی، اضطراب، سوگ، افسردگی، احساس تنهایی، تعارضات بین فردی، مشکلات مالی و تشدید بیماری‌های روانی از قبل موجود همراه با کاهش دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت روانی شده است.

مطالعه گذشته‌نگر حاضر که در عربستان سعودی انجام شده است، ۲۹ بیمار زن و مرد را که بالای ۱۶ سال داشتند و از اقدامات خودکشی قبلی جان سالم به در برده بودند، در طی سه ماه قرنطینه کووید-۱۹ مورد بررسی قرار داد. در این مطالعه علاوه بر مصاحبه تشخیصی خودکشی توسط روانپزشک، از مقیاس اصلاح شده SAD PERSONS (MSPS) برای ارزیابی عوامل خطر خودکشی استفاده شد. نام این مقیاس مخفی است از: سن، جنسیت، افسردگی، اقدام قبلی به خودکشی، مصرف افراطی الکل، فقدان افکار منطقی، وضعیت اجتماعی، برنامه سازمان‌یافته، نبود حمایت‌های اجتماعی و اظهار قصد و نیت آینده. این مقیاس شامل متغیرهای جمعیت‌شناختی-اجتماعی زیر می‌باشد:



جنسیت، سن، وضعیت تأهل، و حمایت اجتماعی؛ وضعیت روانی و سابقه روانپزشکی از جمله ناامیدی و افسردگی، سابقه اقدام به خودکشی قبلی، مراقبت سرپایی یا بستری روانپزشکی، اعتیاد مزمن یا استفاده مکرر از مواد، سایکوز یا سندروم مغزی حاد؛ و توصیفی از برنامه اقدام به خودکشی فعلی.

عوامل استرس‌زا در دوران قرنطینه که ممکن است سبب راه‌اندازی رفتارهای خودکشی‌گرایانه شوند و در این مطالعه شناسایی شدند عبارتند از: رنج روانشناختی، مشکلات ارتباطی (تعارضات زناشویی، تعارضات در ارتباط با والدین، تعارضات خانوادگی و مشکلات با دوستان)، مشکلات مالی (مانند نگرانی درباره آینده شغلی نامطمئن و از دست دادن شغل) و ترس شدید از سرایت کووید-۱۹.

براساس این مطالعه زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند (۶۵٫۶٪ در برابر ۳۴٫۵٪) و میزان اقدام به خودکشی در شرکت کنندگان گروه سنی پرخطر ۱۹-۴۵ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی بود.

نتایج این مطالعه نشان داد در حالیکه در همه گروه‌های سنی خطر اقدام به خودکشی در طول قرنطینه وجود دارد، بیماران دارای اختلالات روانپزشکی و زنان به ترتیب ۶۹٪ و ۶۵٫۵٪ هم‌دوره‌های خود را تشکیل می‌دادند. عواملی مثل ناامیدی و افسردگی، همچنین اظهار قصد تکرار اقدام به خودکشی در آینده، به ترتیب ۷۲٫۴٪ و ۶۵٫۵٪ به میزان بالایی با اقدام به خودکشی مرتبط بودند. تقریباً دو سوم اقدامات صورت گرفته جدی بودند و بسیاری از زنان، در طول قرنطینه، در خانه‌هایشان احساس ناامنی می‌کردند.

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاکی از آن بود که بیماران دارای اختلالات روانپزشکی از قبل موجود و زنان به ویژه زنان قربانی خشونت خانگی، در معرض خطر بالای اقدام به خودکشی در طول قرنطینه کووید-۱۹ قرار دارند. دو سوم بیماران سابقه اقدام به خودکشی قبلی داشتند و مراقبت روانپزشکی دریافت می‌کردند و در اکثر موارد اقدام کنندگان به وسیله داروهای روانپزشکی اقدام به خودکشی کرده بودند.

اگرچه تعدادی از اقدامات جدی به خودکشی برنامه ریزی شده و سازمان یافته هستند، با توجه به نتایج پژوهش جالب توجه است که بیشتر اقدام به خودکشی‌هایی که در طول قرنطینه صورت گرفته، تکانشی و بدون برنامه ریزی بودند. تقریباً دو سوم اقدام کنندگان روش‌های مرگ‌آوری مانند خودسوزی، پریدن از ارتفاع، خوردن دوز بالای داروهای روانپزشکی و مسمومیت با ترکیبات اورگانوفسفر را انتخاب کرده بودند. در طول مصاحبه‌ها، این افراد آینده خود را با نیت به مرگ توصیف کردند و یا درباره مقصودشان مبهم بودند و جملاتی نظیر "هیچ چیز تغییر نخواهد کرد"، "دیگر نمی‌توانم تحمل کنم" و "من الان هم مرده‌ام" را به زبان می‌آوردند.

این مطالعه پیشنهاد می‌کند با توجه به اینکه افرادی که در طول قرنطینه از آسیب‌هایی رنج می‌برند به بیشترین مراقبت و امکانات مناسب نیاز دارند، نیاز داریم تا خدمات خود را بهبود ببخشیم؛ خدماتی نظیر: خطوط بحران، شبکه‌های حمایت اجتماعی آنلاین، خطوط تلفنی مراقبت از سلامت روان، بهبود خدمات در حوزه خشونت خانگی و تقویت استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی. بنابراین فراهم کردن مداخلات پر قوت و توجه بیشتر به بازماندگان اقدام به خودکشی‌های جدی، برای مدیریت آسیب‌های جسمی و روانی و پیشگیری از خطر اقدامات بعدی، امری ضروری است.

Almaghrebi AH. Risk factors for attempting suicide during the COVID-19 lockdown: Identification of the high-risk groups. J Taibah Univ Med Sc ۲۰۲۱;۱۶(۴):۶۰۵-۶۱۱.

<https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2021.04.010>



۲-۷- دلبستگی ایمن و افکار و رفتار خودکشی: نقش میانجی کنش عملکردی

خلاصه ای از یک مطالعه فراتحلیلی

سولماز دینی - دانشجوی دکتری روان‌شناسی

رفتار خودکشی، یکی از دغدغه‌های اصلی بهداشت جهانی است. سالانه، نزدیک به ۸۰۰۰۰۰ نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند، که این خود یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر در میان جوانان ۱۵-۲۹ ساله در کل جهان محسوب می‌شود. در سال ۲۰۱۹، ۵۶۹۱ مورد خودکشی در انگلستان و شهر ولز ثبت شد که بیشترین نسبت در میان مردان ۴۰-۴۴ ساله بود. از آنجایی که خودکشی نتیجه تصمیم فرد به پایان دادن به زندگی‌اش است، شاید علت این نوع مرگ را بتوان مستقیماً در عوامل روانشناختی جستجو کرد. بنابراین، با درک فرایندهای روانشناختی دخیل در افکار خودکشی، می‌توانیم خطر این رفتار را زودتر تشخیص دهیم و مداخلات درمانی مؤثر را طراحی کنیم.

تبیین‌های اولیه بر نقش محوری ارتباطات اجتماعی در خطر خودکشی تأکید کرده‌اند. مدل‌های معاصرتر چارچوب آسیب‌پذیری-استرس را با تمرکز بیشتر بر عوامل شناختی پیشنهاد می‌دهند. در نظریه‌های اخیر که برای خودکشی ارائه شده است، تلاش بر این بوده که بین افرادی که درگیر افکار صرف خودکشی هستند با کسانی که در رفتارهای خودکشی درگیر می‌شوند، تمایز قائل شوند. طبق این چارچوب، بسیاری از افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند، لزوماً اقدام به خودکشی نمی‌کنند.

مهم‌تر از همه اینکه، نظریه بین‌فردی-روانشناختی رفتار خودکشی (IPT)، نخستین چارچوب میل-توانایی را ارائه داد که تبیینی است بر اینکه میل به خودکشی ممکن است از حس بیگانگی اجتماعی (حس تعلق پایین) و احساس سربار بودن ناشی شود، اما این میل فقط در حضور توانایی عمل به این میل تحقق می‌یابد. فراتحلیلی که از ۱۲۲ مطالعه انجام گرفت، از نظریه IPT حمایت کرد، به ترتیب بین احساس تعلق‌پذیری خنثی و احساس ادراک شده سربار بودن با افکار خودکشی و تلاش برای خودکشی ارتباط گزارش شد. توانایی برای خودکشی نیز ارتباط مهم اما ضعیفی را با افکار و تلاش برای خودکشی داشت. همچنین اثرات تک متغیره، تعامل احساس تعلق خنثی و سربار بودن ادراک شده، ارتباط مهم اما ضعیفی با افکار خودکشی را نشان داد. به طور مشابهی، تعامل سه‌راهه همه سازه‌های IPT ارتباط زیاد اما ضعیفی با تعداد بیشتر تلاش برای خودکشی داشت. نویسندگان این مقاله مروری به این نتیجه رسیدند که یافته‌هایشان، تا حد زیادی با فرضیه‌های IPT مطابقت دارد، هرچند که اندازه اثر آنها بهتر از عوامل خطر سنتی و اغلب مورد مطالعه قرار گرفته (مثل تاریخچه تلاش‌های خودکشی، متغیرهای جمعیت‌شناختی، تشخیص‌های روانپزشکی، عوامل اجتماعی) نیست.

برای درک اینکه چرا مشکلات دلبستگی، افراد را مستعد افکار و رفتار خودکشی می‌کند، باید نقش سازکارهای روانشناختی مربوطه را بررسی کنیم. فرایندهای دلبستگی، ارتباط نزدیکی با رشد ظرفیت‌های ذهنی‌سازی، یا کنش انعکاسی دارد؛ مداخلاتی که برای بهبود ذهنی‌سازی طراحی شده‌اند در کاهش رفتار خودکشی مؤثر واقع شده‌اند، اما ارتباط کنش انعکاسی به طور مستقیم با افکار و رفتار خودکشی بررسی نشده است. هدف ما تأیید بیشتر ارتباط بین دلبستگی ایمن در بزرگسالی و افکار خودکشی و بررسی نقش میانجی نقص در کنش انعکاسی در این رابطه است.

فرضیه پژوهش حاضر این بود که مشکلات ذهنی‌سازی، توانایی درک و تفسیر اعمال به عنوان ابراز حالات روانی می‌تواند شکاف بین نامانی در دلبستگی و افکار خودکشی را پر کند.



نتایج مطالعه حاضر نشان نداد که نقص در ذهنی‌سازی، رابطه بین دلبستگی ناایمن و افکار خودکشی را تعدیل کند. یافته اصلی این مطالعه، وجود ارتباط مستقیم بین دلبستگی اجتنابی و افکار خودکشی بود که پس از کنترل سن، جنسیت و علائم افسردگی، نقش میانجی را ایفا می‌کرد. این یافته نشان می‌دهد که ناراحتی از صمیمیت رابطه‌ای و استقلال بیش از حد، افراد را در معرض تجربه افکار خودکشی قرار می‌دهد.

نتایج مطالعه حاضر از این فرضیه که ذهنی‌سازی، میانجی رابطه بین ابعاد دلبستگی ناایمن و افکار خودکشی است، حمایت نکرد. اما در این مطالعه شواهد زیادی از وجود رابطه بین دلبستگی اجتنابی و افکار خودکشی به دست آمد. به نظر می‌رسد مداخلات مبتنی بر دلبستگی که به دنبال تغییر خصوصیات اصلی دلبستگی اجتنابی مثل ترس از صمیمیت و کاهش خودافشایی و به دست آوردن حمایت مناسب در اوقات پریشانی است، در کاهش افکار خودکشی و به دنبال آن تلاش برای خودکشی مؤثر است.

یافته‌ها از نقش میانجی کنش انعکاسی در رابطه بین دلبستگی و افکار خودکشی پشتیبانی نکردند. اما پس از کنترل سن، جنسیت و علائم افسردگی، بین دلبستگی اجتنابی و افکار خودکشی، رابطه‌ای مستقیم به دست آمد. شرکت‌کنندگان دارای سابقه اقدام به خودکشی در مقایسه با کسانی که سابقه اقدام به خودکشی نداشتند، دلبستگی اضطرابی بالاتری داشتند.

طبق این مطالعه، ابعاد دلبستگی اضطرابی و اجتنابی نقش متفاوتی در افزایش خطر اقدام به خودکشی در مقابل افکار خودکشی ایفا می‌کنند. این یافته نقش مهمی در طراحی مداخلات مناسب دارد. بنابراین افرادی که به دنبال کاهش تلاش به خودکشی هستند، باید با کمک به افراد برای پرورش مهارت‌های تنظیم هیجان، اضطراب در دلبستگی‌شان را کاهش دهند و مداخلاتی که برای کاهش افکار خودکشی طراحی می‌شوند باید به افراد کمک کنند که روابط صمیمانه‌تری را با افراد مهم زندگی برقرار سازند تا بدینوسیله اجتناب در دلبستگی را کاهش دهند. البته برای دستیابی به رابطه علت و معلولی، نیازمند انجام پژوهش‌های طولی و آزمایشی هستیم.

لینک مقاله برای مطالعه بیشتر در اختیار خوانندگان قرار می‌گیرد:

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/6/3090>

۳-۷- افکار خودکشی در دوران بارداری و پس از زایمان

مترجم: سهیلا حسینیان - دکترای تخصصی روانشناسی

این نوشتار ترجمه مقاله زیر است:

Bizu Gelaye, PhD, MPH,¹ Sandhya Kajeepeta, MSc,¹ and Michelle A. Williams, ScD¹. Suicidal Ideation in Pregnancy: An Epidemiologic Review. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Oct; 19(5): 741–751.

Published online 2016 Jun 21. doi: 10.1007/s00737-016-0646-0

افکار خودکشی در دوران پریناتال یکی از عوارض مهم و شایع دوران بارداری و پس از زایمان است، که با توجه به ارتباط آن با بسیاری از پیامدهای نامطلوب مادر، جنین و نوزاد نیاز به توجه بیشتری دارد. شیوع افکار خودکشی قبل از زایمان در مطالعات مختلف بین ۳ تا ۳۳ درصد گزارش شده است. به نظر می‌رسد تنوع قابل توجهی در شیوع آن وجود داشته باشد. این شیوع در زنان باردار شهری (۲۳ تا ۳۳



درصد) در مقایسه با زنان روستایی (۳ تا ۴ درصد) بالاتر و در کل، در مقایسه با جمعیت عمومی نیز بالاتر است. به نظر می‌رسد شیوع افکار خودکشی قبل و بعد از زایمان با سن مادر ارتباط دارد. سن کمتر از ۲۰ سال از نظر آماری به طور معنی داری با افکار خودکشی قبل از زایمان مرتبط بوده است. اگرچه میزان مرگ و میر مادران ناشی از حوادث مرتبط با بارداری و زایمان، مانند بیماری‌های قلبی، عفونت و خونریزی، در دو دهه گذشته کاهش یافته، اما میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی مادران همچنان بدون تغییر باقی مانده است.

عوامل خطر مرتبط با افکار خودکشی پریناتال

سابقه سوءاستفاده از جمله تجربیات نامطلوب دوران کودکی، قرار گرفتن در معرض خشونت همسر در دوران بارداری، عوامل فرهنگی اجتماعی شامل هنجارهای جنسیتی، پویایی خانواده و تفاوت‌های فرهنگی، بارداری بدون برنامه‌ریزی و ناخواسته، تحصیلات پایین، شاخص‌های وضعیت اجتماعی - اقتصادی شامل درآمد خانوار، نوع بیمه درمانی و بی‌خانمانی و همچنین سلامت روان زنان باردار که اهمیت ویژه‌ای دارد، از عوامل تعیین‌کننده افکار و رفتارهای خودکشی هستند. سایر عوامل شامل چندقلوزایی و عدم اعتقاد مذهبی است. اکثر مطالعاتی که عوامل خطر برای افکار خودکشی پریناتال را بررسی کردند، حداقل یک اختلال روانشناختی همزمان را به عنوان یک عامل خطر گزارش کردند. این اختلالات روانشناختی شامل افسردگی، سابقه خودکشی، اختلال هراس، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال مصرف مواد، افسردگی قبل از بارداری یا پس از زایمان هستند.

پیامدهای خودکشی دوران بارداری

افکار خودکشی قبل از زایمان با تعداد بی‌شماری پیامدهای نامطلوب مادر و نوزاد همراه است. اکثر مطالعاتی که تاثیر افکار خودکشی در دوران بارداری بر رشد جنین را ارزیابی کرده‌اند، در زمینه مسمومیت انجام شده است. که وزن کم زمان تولد، دیسترس تنفسی، ناهنجاری‌های مادرزادی سیستم گردش خون، زایمان زودرس گزارش کرده‌اند.

غربالگری افکار خودکشی در دوران بارداری

یکی از راهکارهای پیشنهادی برای کاهش خودکشی در دوران بارداری و پس از زایمان، شناسایی و هدف قرار دادن افراد در معرض خطر است. با این حال، تعداد کمی ابزار غربالگری برای خودکشی قبل و پس از زایمان وجود دارد. از آنجا که افکار خودکشی یکی از علائم تشخیصی افسردگی است، اغلب همراه با غربالگری افسردگی و نه جداگانه ارزیابی می‌شود. دو غربالگر پرکاربرد برای ارزیابی افکار خودکشی، پرسشنامه سلامت بیمار PHQ۹ و افسردگی پس از زایمان ادینبرگ است. علاوه بر استفاده از پرسشنامه‌ها، استفاده از نشانگرهای زیستی تشخیصی ممکن است بینش جدیدی را در زمینه اتیوپاتوفیزیولوژی افکار خودکشی با و بدون اختلالات خلقی و اضطرابی همزمان ارائه دهند. مطالعات اخیر ارتباط بین افکار خودکشی در دوران بارداری و نشانگرهای زیستی مختلف را مورد ارزیابی قرار دادند، که نتایج جالبی گزارش کردند. نتایج حاکی از چندین پژوهش نشان داد که زنان باردار با خطر خودکشی فعلی (که با استفاده از مصاحبه بین المللی اعصاب MINI ارزیابی شده بودند) نسبت به دیگر زنان در این دوران، سطوح کلسترول تام، لیپوپروتئین با چگالی بالا و پایین (LDL/ HDL)، اسیدهای چرب امگا ۶ (آدرنیک اسید و اسید آراشیدونیک) بالاتری داشتند. از طرفی، زنانی که میزان فاکتور نوروتروفیک BDNF (یک نوروتروفین که در رشد سلول‌های عصبی، بقا و پلاستیسیته سیناپسی نقش دارد)، پایین‌تری در اوایل بارداری داشتند، شانس ابتلا به افسردگی دوران بارداری بیشتری داشتند. استفاده از این نشانگرهای زیستی احتمالی همراه با پرسشنامه‌های غربالگری ممکن است به طور بالقوه غربالگری و تشخیص افکار خودکشی قبل از زایمان را بهبود بخشد.

شواهد موجود نشان می‌دهد که زنان باردار بیشتر از مردم عادی افکار خودکشی دارند. افکار خودکشی قبل از زایمان یک پدیده پیچیده است که از تعامل عوامل روانشناختی و عصب‌شناختی شامل ژنتیک، بیوشیمیایی مختل، ناهنجاری‌های مغزی، اختلال افسردگی



اساسی، اختلالات روانشناختی دیگر، حساسیت نسبت به استرس، ناامیدی و درماندگی، پرخاشگری/تحریک‌پذیری، مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف، سابقه سوءاستفاده، عوامل استرس‌زای اجتماعی - اقتصادی، انزوای اجتماعی است که می‌تواند زمینه‌ساز افکار و رفتار خودکشی باشند.

بهبود ابزارهای غربالگری برای شناسایی زنان در معرض خطر ضروری است. علاوه بر این، پروتکل‌های بالینی برای کاهش خطر و پیشگیری از خودکشی برای زنان باردار پرخطر مورد نیاز است. سرانجام، مطالعات آینده باید به بررسی اتیوپاتوفیزیولوژی و پیامدهای افکار خودکشی قبل از زایمان با و بدون اختلالات روانپزشکی همزمان بپردازند تا بتوان رویکردهای درمانی دارویی و غیردارویی بهتری را برای مراقبت از زنان باردار و زایمان کرده در معرض خطر ایجاد و اجرا کرد.

[بازگشت به صفحه اول](#)

۸- یادداشت‌ها

۸-۱- خودکشی در ایران: تحلیلی براساس نظریه‌های روان‌شناسی اجتماعی

دکتر حمید خانی پور

عضو هیات علمی دانشگاه خوارزمی

نرخ خودکشی در ایران متغیر است. در مطالعه ای نرخ اقدام خودکشی در ایران در بین سال‌های ۱۹۸۱ تا ۲۰۰۸ به میزان ۲۶ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر و نرخ مرگ ناشی از خودکشی ۶ نفر در ۱۰۰۰۰۰ برآورد شده است (شیرازی و همکاران، ۲۰۱۲). در منابع دیگر نرخ خودکشی در ایران در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۵ بوده است در حالیکه این نسبت در انگلستان ۷، در آمریکا ۱۲ و در هند و ژاپن ۱۵ گزارش شده است، اما در سال‌های اخیر شواهد و گزارش‌هایی از افزایش نرخ اقدام خودکشی به ویژه در گروه سنی ۱۵-۳۵ سال حکایت دارند (حسنیان مقدم و زمانی، ۲۰۱۷). در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۱۷ به بررسی آمارهای خودکشی در ایران و مقایسه آن با آمارهای جهانی انجام شده است نرخ خودکشی ۱۰ نفر به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ مشخص شده است که افزایش قابل توجهی را نسبت به سال‌های قبل نشان می‌دهد و همین‌طور در این مقاله اشاره شده است که نرخ خودکشی در ایران بالاتر از کشورهای اسلامی و کشورهای حوزه شرق دریای مدیترانه بوده است (حسنیان مقدم و زمانی، ۲۰۱۷). اگر بخواهیم درباره مسئله خودکشی در ایران از یک زاویه روانشناختی تحلیلی ارائه دهیم به نظر می‌رسد جامع‌ترین تحلیل از نوع تحلیل‌های روانشناسی اجتماعی باشد. به ویژه اگر از پس این تحلیل به دنبال پیشگیری از خودکشی باشیم این نوع تحلیل‌ها از قدرت بیشتری برخوردارند. با این حال تحلیل‌های بالینی بدون شک به ویژه در مدیریت بحران خودکشی، پس از خودکشی و درمان بیماری‌های روانی که ارتباط علی با خودکشی دارند دارای اهمیت است. آمارهای خودکشی در ایران نشان می‌دهد به نحوی الگوهای خودکشی، فراوانی خودکشی و انگیزه‌های خودکشی در طبقات مختلف اجتماعی و مناطق مختلف کشور تغییراتی داشته است. به صورت کلی مطالعه بر روی علل خودکشی در ایران چهار دسته عوامل را به عنوان علل خودکشی شناسایی کرده است که به ترتیب اولویت عبارتند از عوامل خانوادگی (تعارض اعضای خانواده با یکدیگر، روابط نامناسب والدین با کودکان)، عوامل مرتبط با دوستی و روابط انسان‌ها با یکدیگر در قالب عشق و ازدواج (شامل فقدان و شکست‌های عاطفی در روابط)، عوامل مرتبط با شرایط اجتماع (شامل مسکن، شغل و آموزش) و مسائل مالی و اقتصادی (نظر زاده و همکاران، ۲۰۱۳). از طرفی مقایسه نسبت‌های خودکشی نشان می‌دهد نسبت اقدام خودکشی در زنان برخی مناطق ایران بیشتر از مردان است (قریشی و موسوی نسب، ۱۳۸۹). این تفاوت در میزان خودکشی برخلاف آمارهای جهانی خودکشی است که میزان اقدام خودکشی را در مردان بالاتر از زنان



گزارش می‌کنند. به رغم نقش بی‌بدیل بیماری‌های روانی مانند افسردگی در مسئله خودکشی در ایران، اما باز هم از حیث عوامل ایجادکننده و انگیزه‌های خودکشی همان طور که آمارها نشان می‌دهد شرایط اجتماعی و فرهنگی و همین طور تغییرات فرهنگی نقش بنیادی تری دارند. به نظر می‌رسد در یک تبیین براساس رویکرد روان‌شناسی اجتماعی می‌توان برای تبیین تنوع خودکشی‌ها در طبقات مختلف اجتماعی ایران و همین طور افزایش شیوع خودکشی در دهه‌های اخیر از دیدگاه‌های امیل دورکیم (۱۸۹۷) و نظریه فشار اجتماعی عمومی آگنو^۱ (۲۰۱۰) بهره گرفت.

دورکیم خودکشی را براساس دو بُعد میزان انسجام و میزان انتظام اجتماعی به چهار نوع تقسیم‌بندی کرده است و براساس آن چهار نوع خودکشی شامل خودکشی فردخواهانه، خودکشی دگرگرایانه، خودکشی بی‌قاعده و خودکشی تقدیرگرایانه تقسیم‌بندی کرده است. خودکشی فردگرایانه نتیجه کاهش یا فقدان انسجام اجتماعی است و برعکس خودکشی دگرگرایانه ناشی از انسجام اجتماعی بسیار بالا است. خودکشی بی‌قاعده ناشی از نبود و کمبود انتظام اجتماعی است و خودکشی تقدیرگرایانه نتیجه فشار و ممانعت درمانده‌کننده هنجارها، قواعد و آداب و سنن اجتماعی است. در جامعه ایران نرخ بالای خودکشی در جامعه شهرنشین ایرانی از طبقات مختلف را می‌توان از نوع خودکشی‌های فردخواهانه برشمرد. تغییر ساختار خانواده، تغییر سبک زندگی، تنها شدن انسان‌ها، نبود و کاهش احساس پیوستگی اجتماعی، ورود و گسترش دنیای مجازی به زندگی مردم، تغییر نقش‌های اجتماعی و ادراک از دست‌دادن حمایت‌های اجتماعی در خودکشی فردخواهانه نقش دارد. هر چند بیشتر در فرهنگ‌های فردگرا باید این نوع خودکشی مشاهده شود اما رسانه، آموزش و گسترش جهانی ارزش‌های فرهنگ‌های دنیای جدید در گسترش این نوع خودکشی موثر است. نمونه‌هایی از کشورهایی که با تغییرات فرهنگی جدید میزان خودکشی‌شان افزایش یافته تاییدی است بر نقش تغییرات فرهنگی در شکل‌دهی به این نوع خودکشی (هین، ۲۰۱۶؛ ترجمه فتحی آشتیانی و همکاران، ۱۳۹۹). دومین نوع خودکشی که در ایران فراوانی بیشتری دارد از نوع خودکشی بی‌قاعده است. این نوع خودکشی در جوامعی که تغییرات اجتماعی، اقتصادی سریع دارند بیشتر دیده می‌شود. در نقاطی از جهان که میزان خودکشی بی‌قاعده بیشتر است میزان سایر انواع رفتارهای انحرافی مانند اعتیاد، خشونت و نابهنجاری‌های اجتماع نیز به صورت ناگهانی افزایش پیدا می‌کند. شواهدی که وجود این نوع خودکشی را در ایران تایید می‌کند نرخ بالای اعتیاد، خودجرحی و رفتارهای بزهکارانه در بسیاری از افرادی است که سابقه اقدام خودکشی دارند (قریشی و موسوی نسب، ۱۳۸۹؛ محمدخانی، خانی پور و همکاران، ۱۳۹۱). نوع سوم خودکشی که در ایران به ویژه در زنان نواحی مختلف ایران به صورت خودسوزی بسیار شایع است (ملکوتی و همکاران، ۲۰۲۱)، خودکشی تقدیرگرایانه است. این نوع خودکشی نتیجه فشار زیاد هنجارهای فرهنگی و آداب و قواعد سنت در بخشی از یک فرهنگ است و وضعیتی کاملاً برعکس خودکشی بی‌قاعده است. خودکشی تقدیرگرایانه به نحوی ناشی از فشار رابطه‌ای است و با این یافته که عوامل خانوادگی مهمترین عامل برشمرده در خودکشی در ایران شناسایی شده است، همخوانی دارد (نظر زاده و همکاران، ۲۰۱۳).

اگر بخواهیم برای این طبقه‌بندی اجتماعی از خودکشی در ایران یک سری مکانیسم‌های روانی اجتماعی را برشماریم نظریه فشار عمومی آگینو (۲۰۱۰) این مکانیسم‌ها را به این شرح بر می‌شمارد: ۱- شکست در دستیابی به اهداف ارزشمند، حذف محرک‌های مثبت، حضور محرک‌های منفی، فشار برای کسب جایگاه اجتماعی و فشار رابطه‌ای (ایگنو، ۲۰۱۰). شرایط اجتماعی نابسامان و راه‌حل‌های مضر برای حل مسائلی مانند تعارض و کسب جایگاه اجتماعی و مسائل ارتباط افراد در خانواده همان طور که آمارها نشان می‌دهد از مهمترین علل اقدام خودکشی است. مسئله موفقیت، به چشم آمدن، دیده شدن، پیشرفت و برتری در حوزه‌هایی مانند تحصیل، کسب و کار و حتی در بین افراد معروف یا به اصطلاح چهره‌های هنری و فرهنگی در سال‌های اخیر در اقدام خودکشی سال‌های اخیر در ایران نقش داشته است. از کنکور گرفته تا طرد اجتماعی جزو فشارهای مرتبط با جایگاه اجتماعی محسوب می‌شوند. این عامل فشار مرتبط با جایگاه اجتماعی به دلیل اینکه تصور از خود در جامعه ایرانی بیرونی‌تر است، در نتیجه همیشه موجب می‌شود فشار زیادی از جانب این عامل به

^۱ Agnew



افراد در دوره‌های مختلف زندگی وارد شود. در چنین فضایی افراد بیشتر تلاش می‌کنند از طریق ابراز خشونت به دیگران از خود دفاع کنند اما افرادی که به شکلی در این تعارض‌ها شکست می‌خورند به شدت ممکن است در معرض گرایش به خودکشی باشند. عامل بعدی شکست در دستیابی به اهداف ارزشمند است. عوامل اجتماعی مثل بیکاری در گروه‌های مختلف اعم از فارغ‌التحصیلان دانشگاهی یکی از عواملی است که در خودکشی نقش دارد (نظر زاده و همکاران، ۲۰۱۳) و مرتبط با شکست در دستیابی به اهداف ارزشمند است. عامل بعدی حذف محرک‌های مثبت و حضور محرک‌های منفی است. خودکشی‌هایی که ناشی از کمبود حمایت اجتماعی، ادراک خصومت در محیط، افزایش استرس به خاطر شرایط کاری و شرایط محل سکونت است و حتی مسائلی مثل آلودگی هوا نیز که یک محرک منفی است، به شکل‌های مختلف فشارزا و در ایجاد خودکشی نقش دارند. براساس این مدل، عوامل اجتماعی مختلف که در این دسته‌بندی قرار گرفته‌اند در کشور ایران نیز با افزایش گرایش به خودکشی رابطه دارند. برای مثال مطالعه‌ای در این زمینه نشان داده است بین عوامل چهارگانه انواع فشارها با گرایش به خودکشی در بین دانشجویان رابطه وجود دارد (وردی نیا، رضایی و پیرو، ۱۳۹۰).

رویکرد غالب خودکشی در ایران بیشتر از نوع رویکرد کالبدشکافی روانشناختی بوده است و بیشتر تلاش شده تا عوامل خطر روانشناختی و تا حدی اجتماعی این مسئله بررسی شود و مداخلاتی در همین چارچوب توسعه یابد اما به نظر می‌رسد عدم توجه به رویکردهای انتقادی و بی توجهی به مسائل اجتماعی و فرهنگی و تقلیل خودکشی به یک سری تشخیص‌های ثابت نمی‌تواند تبیین‌کننده افزایش نرخ خودکشی برغم گسترش خدمات روانپزشکی و رواندرمانی باشد. به نظر می‌رسد توجه به عوامل بافتاری در تحلیل، پیشگیری و مداخله خودکشی در ایران از اهمیت و اولویت بیشتری برخوردار است. با توجه به گوناگونی انواع شکل‌های اقدام خودکشی در نمونه ایرانی به نظر می‌رسد این راهبردها باید در موقعیت‌های مختلف متفاوت باشد. برای مثال در برخی بافت‌های فرهنگی اقدام خودکشی به شدت نتیجه خشونت فرهنگی و تابوهای اجتماعی است. حالتی که به ویژه در خودسوزی زنان در برخی مناطق دیده می‌شود. در چنین موقعیت‌هایی مداخلات و برنامه‌ریزی خودکشی باید در درجه اول توانمندسازی حقوقی و ارتقای فرهنگ عمومی و در درجه دوم تسهیل دسترسی به مداخلات مرتبط با تروما باشد. یا در جامعه شهرنشین شهرهای صنعتی ایران رویکرد پیشگیری و مداخله خودکشی مداخلات باید متمرکز بر خانواده باشد و درمان‌های فردی از تاثیرگذاری قابل توجه برخوردار نخواهند بود. در نهایت نکته‌ای که در خصوص مسئله خودکشی در ایران می‌توان گفت این است که نباید تمرکز برنامه‌ریزی و مداخله خودکشی را به صورت بنیادگرایانه صرفاً متمرکز بر عوامل اجتماعی دانست و همواره افکار خودکشی باید جدی گرفته شوند و با مداخلات متناسب برای پیشگیری به افراد در معرض خطر ارائه شود. در کشور ما استیگمای بیماری روانی و خودکشی بالا است (خانی پور و همکاران، ۱۳۹۲) و سبب‌ساز طرد و بدنامی برای فرد و خانواده می‌شود. در چنین بافت فرهنگی مراجعه برای درمان هم کمتر خواهد بود و همین عامل می‌تواند در کمک به افرادی که افکار خودکشی دارند اثرمختل کننده داشته باشد. بنابراین یکی دیگر از ضرورت‌های پرداختن به مسئله خودکشی ارتقای آگاهی افراد از ماهیت بیماری‌های روانی و افکار خودکشی است. در سطح جهانی همواره برنامه‌های نمادینی از سوی سازمان‌های جهانی مانند سازمان جهانی بهداشت برای حمایت از افراد خودکشی‌گرا و کاهش خطر اقدام خودکشی تدارک دیده می‌شود. ترویج این برنامه‌ها در ایران می‌تواند در افزایش سلامت روانی و پیشگیری از خودکشی نیز موثر باشد.

منابع اصلی:

خانی پور، حمید، گلزاری، محمود، شمس، جمال، زارع، هادی، کرملو، سمیرا. (۱۳۹۲). رابطه نگرش‌های شرم مرتبط با اختلال‌های روانی با هیجان ابرازشده در اعضای خانواده افراد با اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی. *خانواده پژوهی*، ۹(۲)، ۲۵۴-۲۴۱.

خانی پور، حمید. (۱۳۹۳). رفتارهای خودآسیب رسانی در نوجوانان: ماهیت و نقش عوامل روانشناختی و همسالان. رساله دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران



وردی نیا، علی؛ رضایی، احمد؛ پیرو، فریبرز. (۱۳۹۰). تحلیل جامعه‌شناختی گرایش دانشجویان به خودکشی. جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۲(۴)، ۱-۱۸.

هین، ا. (۲۰۱۶). روان‌شناسی فرهنگی. ترجمه ع. فتحی آشتیانی، آزاد فلاح، پ. جمهری، ف. مازندرانی، ا. فراهانی، ح. آقابابایی، ن. مرادی، ع. خانی پور، ح. زارع بهرام آبادی، م. سهرابی، ف. (۱۳۹۹). تهران: سمت.

Hassanian-Moghaddam, H., & Zamani, N. (2017). Suicide in Iran: The Facts and the Figures from Nationwide Reports. *Iranian journal of psychiatry*, 12(1), 73-77.

Shirazi, H. R., Hosseini, M., Zoladl, M., Malekzadeh, M., Momeninejad, M., Noorian, K., & Mansorian, M. A. (2012). Suicide in the Islamic Republic of Iran: an integrated analysis from 1981 to 2007. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 18 (6), 607-613, 2012.

۸-۲- از خود جرحی تا خودکشی: ارتباط رفتارهای خود آسیب‌رسان با خودکشی

مریم بابایی فرد

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

خودجرحی که گاهی از آنها تحت عنوان رفتارهای خود آسیب‌رسان بدون قصد خودکشی^۱ (NSSI) یاد می‌شود، به صورت آسیب به بافت بدن بدون قصد خودکشی تعریف شده است (ناک^۲، ۲۰۰۹). نرخ شیوع این رفتار در میان نوجوانان و جوانان تقریباً بالا است. روش‌ها و شیوه‌های متعددی برای انجام این رفتار وجود دارد که از این بین می‌توان به بریدن، سوزاندن، خراش ایجاد کردن و کوبیدن سر اشاره کرد. معمولاً نوجوانان و جوانان دارای سابقه آسیب‌های دوران کودکی با شدت بیشتری این رفتارها را انجام می‌دهند (مکلارن و بست^۳، ۲۰۱۰). مطالعات پیشرو در این زمینه بیشتر به نقش این رفتارها به عنوان نوعی راهبرد مقابله‌ای اشاره داشته‌اند (ناک، ۲۰۰۹). در واقع به نظر می‌رسد عمده کارکرد این رفتارها آرام‌سازی است، زیرا وقتی افراد با طوفان هیجان‌های آشفته‌ساز مواجه هستند و مهارت‌های سالم را نیز نمی‌شناسند از این رفتارها برای خودآرام‌سازی هرچند موقت استفاده می‌کنند (آگویی^۴، ۲۰۱۴). در واقع این رفتارها، به قصد خودکشی انجام نمی‌شوند و کارکردی مقابله‌ای برای مواجهه با فشارها و تجارب درونی دارند.

از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که خودجرحی‌های مکرر می‌توانند خودکشی را پیش‌بینی کنند و همچنین افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، به طور همزمان رفتارهای خودجرحی نیز انجام می‌دهند (هورواث^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین در مروری نظام‌مند که به مطالعات مربوط به خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان پرداخته بود، گزارش شد که خطر و احتمال خودکشی در نوجوانانی که خود آسیب‌رسانی دارند بسیار بیشتر از نوجوانان عادی و حتی نوجوانان مبتلا به افسردگی است (شوشتری و خانی‌پور، ۱۳۹۳). در این میان سوالی که مطرح می‌شود این است که اگر رفتارهای خودجرحی به قصد خودکشی انجام نمی‌شوند، چگونه می‌توانند احتمال خطر خودکشی را افزایش دهند؟ بخشی از پاسخ را می‌توان با کمک سازه عدم تحمل پریشانی و اجبار برای تکرار رفتارهای خود آسیب‌رسان به عنوان تنها راه باقیمانده برای تسکین درد تبیین کرد، که در بلند مدت باعث استفاده از شیوه‌های خطرناکتر و خودتخریبی بیشتر

^۱. Non-suicidal self-injury

^۲. Nock

^۳. MacLaren, Best

^۴. Aguirre

^۵. Horváth



می‌شود. از این منظر وقتی افراد با تجارب دردناک درونی مواجه می‌شوند به دنبال آرام ساختن خود هستند و از آنجا که مهارت‌های سالم مانند تحمل آشفتگی و تنظیم هیجان را نمی‌شناسند، به رفتارهای خودجرحی روی می‌آورند که در کوتاه مدت تسکین‌دهنده هستند، به مرور زمان و با تکرار این رفتارها، خودتخریبی تبدیل به عادت شده و فاصله بین خود جرحی تا خود تخریبی کامل یا همان خودکشی باریکتر می‌شود و به این ترتیب جهش از خود جرحی به خودکشی با احتمال بیشتری انجام می‌شود، چرا که به مرور زمان میزان تحمل درد نیز افزایش یافته و روش‌های قبلی دیگر نمی‌توانند موجب آرام‌سازی شوند، به این ترتیب مسیر برای انجام رفتارهای تخریبی خطرناکتر و وارد ساختن آسیب بیشتر به خود و نزدیک شدن به خودکشی باریکتر شده و در نهایت به خودکشی موفق منتهی می‌شود (آگویی، ۲۰۱۴).

به این ترتیب خودجرحی که معمولاً کارکردی در جهت آرام‌سازی دارد و با انگیزه‌ای متفاوت از خودکشی انجام می‌شود، به مرور زمان و وقتی بدن تبدیل به مسیری برای تخلیه درد ناشی از تجارب دردناک شده باشد، تا جایی ادامه پیدا می‌کند تا تبدیل به خودتخریبی کامل یا مرگ شود. از این رو اهمیت توجه به رفتارهای خود آسیب رسان فزونی یافته است. لذا، آموزش مهارت‌هایی مانند تحمل آشفتگی و تنظیم هیجان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چون می‌توانند در مواقع احساس فشار زیاد برای انجام خودجرحی که در بلند مدت خطر خودکشی را در پی دارد، به کمک فرد بیایند و به شکلی کارآمد عمل کنند.

منابع

- آگویی، بلیس (۲۰۱۴). اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان. ترجمه مریم بابایی فرد (۱۳۹۸). تهران: انتشارات ارجمند.
- حکیم شوشتری، خانی پور، حمید. (۱۳۹۳). مقایسه خودآسیب‌رسانی و اقدام به خودکشی در نوجوانان: مرور نظام‌مند. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳-۳، (۱)، ۲۰.
- Horváth, L. O., Györi, D., Komáromy, D., Mészáros, G., Szentiványi, D., & Balázs, J. (2020). Nonsuicidal self-injury and suicide: the role of life events in clinical and non-clinical populations of adolescents. *Frontiers in psychiatry*, 11, 370.
- MacLaren, V. V., & Best, L. A. (2010). Nonsuicidal self-injury, potentially addictive behaviours, and the five factor model in undergraduates. *Personality and Individual Differences*, 49, 521–525.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78–83.



۳-۸- خودکشی در زمان COVID-۱۹: بررسی و توصیه‌ها

مترجم: سیده سمیه امیری لچگورابی - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه پیام نور تهران جنوب

این نوشته ترجمه مقاله زیر است:

Gil Zalsman, Barbara Stanley, Katalin Szanto, Diana E. Clarke, Vladimir Carli & Lars Mehlum To cite this article: Gil Zalsman, Barbara Stanley, Katalin Szanto, Diana E. Clarke, Vladimir Carli & Lars Mehlum (2020) Suicide in the Time of COVID-19: Review and Recommendations, Archives of Suicide Research, 24:4, 477-482.

مقدمه

آکادمی بین‌المللی تحقیقات خودکشی (IASR) سازمانی است که در حوزه ارتقاء استانداردهای بالای پژوهش و آموزش در زمینه رفتارهای خودکشی اختصاص داده شده است و از تلاش برای جلوگیری از خودکشی در هر قاره‌ای حمایت می‌کند. همه‌گیری جهانی ویروس کرونا (COVID-۱۹) ما را با چالش‌های غیرمعمول در سیستم بهداشت جهانی مواجه می‌کند که در ۱۰۰ سال گذشته تجربه نشده است. آنچه ما از وقوع همه‌گیری‌های قبلی آموخته‌ایم، توصیه‌های محدودی در مورد آنچه باید انتظار داشت و چگونه با آثار سوء کووید-۱۹ برخورد کرد ارائه می‌دهد. با این حال، IASR معتقد است که جامعه بین‌المللی محققان، پزشکان و همه افرادی که برای پیشگیری از خودکشی سرمایه‌گذاری کرده‌اند لازم است نسبت به چالش‌هایی که احتمالاً با آنها روبرو خواهیم بود هشدار دهند. بنابراین، در این مقاله ما برخی از مهمترین این چالش‌ها و پیامدهای پیشگیری از خودکشی را خلاصه می‌کنیم و توصیه‌هایی را برای تمرین بالینی، پیشگیری از خودکشی و پژوهش‌های آتی ارائه می‌دهیم.

چالش کووید-۱۹

چالش اپیدمی که بیشتر شبیه کووید-۱۹ باشد، شیوع سارس در سال ۲۰۰۳ است، که مطالعات روی افراد قرنطینه شده در اپیدمی سارس، افزایش قابل توجه بیماری‌های روانی مانند افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه نشان داد؛ (Hawryluck و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین، مطالعات نشان داده است که بیماری‌های همه‌گیر، مانند آنفلوآنزای اسپانیایی در سال ۱۹۱۸ (wasserman، ۱۹۹۲) و شیوع سارس (Chau & Yip & Cheung، ۲۰۰۸)، ممکن است با افزایش میزان خودکشی در جمعیت‌های پرخطر مرتبط باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که کووید-۱۹ ممکن است بر سلامت روان به طور کلی و خطر خودکشی به طور خاص و نیاز به ابتکارات پیشگیری از خودکشی و تحقیق در مورد این موضوعات تأثیر بگذارد. با این حال، باید در نظر داشت که، طبق مطالعات انجام شده، خودکشی و اقدام به خودکشی رفتارهای پیچیده‌ای هستند که از عوامل متعددی ناشی می‌شوند: در درجه اول ترکیبی از اختلالات روانپزشکی (بالای ۹۰ درصد خودکشی‌ها)، اقدام به خودکشی قبلی و تجربیات منفی استرس‌زای زندگی.

کووید-۱۹ و پیامدهای آن مانند قرنطینه‌سازی، کنار آمدن با مرگ عزیزان و مشکلات اقتصادی ممکن است منجر به ظهور یا تأثیرات تشدیدکننده در افکار و رفتارهای خودکشی شود (Druss، ۲۰۲۰). در غیاب عوامل مداخله‌ای - انجام بسیاری از اقدامات بهداشتی رفتاری و فاصله‌گذاری اجتماعی به دلیل کووید-۱۹، افکار و رفتارهای خودکشی در حال ظهور یا تشدیدکننده ممکن است به اقدام به خودکشی و حتی خودکشی تبدیل شود. تفاوت‌های زیادی بین کووید-۱۹ و همه‌گیری‌های قبلی مانند سارس و آنفلوآنزای اسپانیایی از نظر حدت و سرعت گسترش بیماری، خطر مرگ و میزان تأثیر اجتماعی و اقتصادی بر جوامع محلی و ملل مختلف وجود دارد. با این حال بحران کووید-۱۹ و ناراحتی ناشی از عدم قطعیت و تهدید عفونت، قرنطینه، عدم دسترسی به خدمات روانپزشکی، مشکل در دسترسی به مراقبت‌ها و فشارهای اقتصادی بلند مدت ضرورت توجه به تأثیر احتمالی بر این خطر را افزایش می‌دهد. همه‌گیری کووید-۱۹ ممکن است تأثیر فوری یا کوتاه مدت بر میزان خودکشی و اقدام به خودکشی نداشته باشد و با توجه به اینکه



ممکن است منجر به تجمیع عوامل خطر برای خودکشی و اقدام به خودکشی شود، به احتمال زیاد این بیماری همه گیر منجر به افزایش میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در درازمدت می‌گردد (رگر، استنلی و جونز، ۲۰۲۰). این تأخیر در مواجهه با شرایط ناراحت کننده بر میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در جنگ جهانی اول (۱۹۱۴-۱۹۱۸)، جنگ جهانی دوم (۱۹۳۹-۱۹۴۵) و سایر بلاهای طبیعی (Lester, ۱۹۹۴) مشاهده شده است. پیش بینی اثرات کوتاه مدت کووید-۱۹ بر میزان خودکشی دشوار است و ممکن است بر اساس جمعیت متفاوت باشد. در مواقع خطر خارجی و هنگامی که افراد در تلاش برای زنده ماندن هستند، ممکن است تمرکز کمتری بر ناراحتی و دردهای درونی خود داشته باشند. در مقابل، افرادی که به تنهایی زندگی می‌کنند، مانند بسیاری از افراد مسن، ممکن است به دلیل انزوای اجتماعی و کاهش چشمگیر دسترسی به خدمات اجتماعی، بهزیستی و سلامت روانی بدتر از گذشته باشند. در حالی که افراد مسن ممکن است احساس نیاز به افزایش ارتباط داشته باشند، افراد با بیماری روانی ممکن است احساس تناقض بیشتری داشته باشند و بیان کنند که احساس انزوا و اضطراب آنها دیگر غیرطبیعی تلقی نمی‌شود.

در بیشتر کشورها، افراد مسن، گروهی که در معرض خطر پیامدهای منفی ناشی از کووید-۱۹ هستند، گروه سنی با بیشترین میزان خودکشی در مقایسه با بقیه مردم را تشکیل می‌دهند (Varnik, ۲۰۱۲). افراد مسن به احتمال بیشتری تنهایی زندگی می‌کنند، از نظر اجتماعی منزوی هستند و از نظر سلامت جسمی دارای مشکلات جسمانی هستند که همه اینها عوامل خطر برای اقدام به خودکشی و خودکشی هستند. مطالعه ای در هنگ کنگ که نشان دهنده افزایش میزان خودکشی در میان افراد مسن به دنبال همه گیری سارس بود، نشان داد که ترس از این که در دوران همه گیری، ابتلای آنها برای خانواده ها باری باشد، در بسیاری از موارد انگیزه ای برای خودکشی بوده است (Cheung و همکاران، ۲۰۰۸).

در حالی که همه گیری کووید-۱۹ ممکن است فرصت هایی را برای روش ها و سوالات برای تحقیق فراهم کند (به عنوان مثال، استفاده از سیستم های سلامت از راه دور در ارزیابی و درمان افراد دارای خطر خودکشی، تعیین کمی خطر و تاب آوری در زمان بحران در سطح جمعیت)، چالش ها و پیامدهای طولانی مدتی نیز برای تحقیق وجود خواهد داشت.

پیامدهای احتمالی کووید-۱۹ برای پیشگیری و تحقیقات خودکشی

در حالی که میزان خودکشی کوتاه مدت یکسان باقی می‌ماند یا کاهش می‌یابد، این امر به احتمال زیاد در طولانی مدت صادق نخواهد بود. خودکشی و اقدام به خودکشی ممکن است پس از (یا احتمالاً حتی در طول) بحران، به ویژه در بین افراد در معرض خطر، افزایش یابد. دلایل این امر به شرح زیر می‌باشد:

الف. مسائل مربوط به سلامت روان در افراد مبتلا به اختلالات روانی که به دلیل ترس از مراجعه به کلینیک ها در طول بحران یا به دلیل توزیع موقتی منابع سلامت روان در سایر بخش های مراقبت های بهداشتی درمان نمی‌شوند، بنابراین دسترسی افراد به مراقبت کاهش می‌یابد.

ب. کاهش بستری شدن و مراجعه به اورژانس های روانپزشکی و مشکلات در تهیه دارو (مشابه کاهش در مراجعه به اورژانس عمومی، واحدهای بستری و امکانات سرپایی به دلیل ترس از سرایت و مشکلات حمل و نقل عمومی)

ج. افزایش مصرف الکل در جمعیت عمومی و در میان گروه های پرخطر با توجه به اینکه بین میزان مصرف الکل و میزان خودکشی ارتباط قوی وجود دارد.

د. مشکلات اقتصادی، بیکاری و ورشکستگی

ه. بیماری و اندوه از دست دادن بستگان و دوستان که ممکن است در اثر همه گیری جان خود را از دست بدهند

و. مشکلات ناشی از قرنطینه طولانی مدت در روابط خانوادگی

ز. عدم اطمینان کلی و نگرانی در مورد آینده، بیکاری و مشکلات اقتصادی (Batty و همکاران، ۲۰۱۸).



افراد مبتلا به بیماری های روانی ممکن است در هر زمان جمعیت در معرض خطر بیشتری در مقابل کووید-۱۹ تشکیل دهند. این جمعیت آسیب پذیر است، بخش بزرگی از آنها با کمک اجتماعی زنده می مانند، که در دوران شیوع بیماری از نظر اقتصادی و اجتماعی ضعیف تر از قبل از بحران هستند. این جمعیت شامل بخش قابل توجهی از افرادی هستند که در سراسر جهان اقدام به خودکشی می کنند یا می میرند.

افراد که در مراکز مراقبت، طولانی مدت زندگی می کنند در معرض خطر بسیار بالایی برای عفونت و همچنین تنهایی قرار دارند، بازدیدکنندگان جدا شده و اجازه خروج از مراکز را ندارند.

کودکان و نوجوانانی که والدین خود را مضطرب، بالقوه بیکار، نگران سلامتی و درمانده به دلیل سیاست های فاصله گذاری فیزیکی کووید-۱۹ می بینند، ممکن است ناراحتی در مورد آینده خود تجربه کنند. هرچه کودک کوچکتر باشد، احتمال آسیب پذیری بیشتر است. کودکان در خانواده های پرخطر در انزوای اجتماعی در طول همه گیری ممکن است در معرض خشونت و سوء استفاده های بیشتر خانوادگی قرار گیرند. در برخی از کشورها، مانند ایالات متحده، خودکشی و اقدام به خودکشی در کودکان بدون ارتباط با بحران کووید-۱۹ در حال افزایش است.

خویشاوندان و عزیزان قربانیان خودکشی همیشه در معرض خطر بیشتری برای واکنشهای استرس زا و خودکشی هستند و در طول و بعد از همه گیری نیاز به توجه ویژه دارند.

کادر پزشکی و متخصصان سلامت جمعیتی هستند که خطر خودکشی آنها تقریباً دو برابر جمعیت عمومی است. تجربه همه گیری سارس نشان داد که متخصصان بهداشت و درمان در خط مقدم چنین بحران هایی قرار دارند و باعث می شود آنها ریسک های شخصی را بپذیرند و با مرگ و از دست دادن کنار بیایند (Sim & Chau, ۲۰۰۴). این متخصصان خط مقدم ممکن است واکنشهای پس از سانحه، افسردگی و اضطراب را تا ۳ سال پس از پایان بحران تجربه کنند و خطر خودکشی و اقدام به خودکشی آنها افزایش می یابد. واحدهای امداد و نجات اولیه در برابر خودکشی و تلاش برای خودکشی نیز آسیب پذیر هستند، اما تمایل ندارند درخواست کمک کنند. انزوا و قرنطینه بر سلامت روان تأثیر قابل توجهی می گذارد. اکثر مطالعات مرور شده (Brooks و همکاران، ۲۰۲۰) در مورد اثرات روانی منفی، از جمله علائم PTSD، گیجی و عصبانیت، گزارش می دهند. علل PTSD شامل انزوای طولانی مدت، ترس از آلودگی، سرخوردگی، کسالت، کمبود منابع، کمبود اطلاعات و از دست دادن منابع مالی است.

برخی از محققان به تأثیر طولانی مدت اشاره کردند. استفاده از تکنولوژی اینترنت دسترسی به خدمات بهداشت روانی را افزایش می دهد، در حالیکه بسیاری از افراد محروم دسترسی به اینترنت ندارند. علاوه بر این، حتی کسانی که به اینترنت دسترسی دارند ممکن است در طول بیماری همه گیر از حریم خصوصی در خانه برخوردار نباشند تا بتوانند از خدمات سلامت آنلاین یا از راه دور استفاده کنند.

توصیه ها:

توصیه های آکادمی این است که ارزیابی خطر خودکشی در طول همه گیری و جداسازی را می توان از راه دور با ویدئو کنفرانس با استفاده از یک سیستم امن که دولت تامین می کند، انجام داد. واضح است که ارزیابی حضوری برتر است، اما در مواقعی که چنین جلساتی محدود است، ارزیابی خطر خودکشی مبتنی بر ویدئو جایگزین مناسبی برای عدم ارزیابی خطر است. ارزیابی خطر خودکشی از طریق ویدئو کنفرانس، بر ارزیابی تلفنی، ترجیح داده می شود، زیرا امکان مشاهده نشانه های بصری را فراهم می کند. با این حال، اگر کنفرانس ویدیویی استفاده نشود، ارزیابی خطر خودکشی از طریق مشاوره تلفنی بهتر از عدم مشاوره است. ارزیابی از راه دور یک بیمار باید به طور کامل در پرونده پزشکی ثبت شود، همانطور که معمولاً برای هر ارزیابی پزشکی انجام می شود.

هنگامی که قرنطینه ضروری تشخیص داده شد، مسئولین باید در مورد انجام قرنطینه فقط برای دوره کاملاً ضروری و نه بیشتر دستورالعمل بدهند. علاوه بر این، باید دلیل منطقی برای قرنطینه ارائه شود و پروتکل ها باید رعایت شوند. احساس نوع دوستی باید از



طریق یادآوری مزایای قرنطینه برای جامعه به طور کلی تقویت شود، زیرا نوع دوستی اثرات مفیدی دارد (وو و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات انجام شده در میان افراد مسن در طول همه‌گیری سارس (Sim & Chua، ۲۰۰۴) نشان داد که این جمعیت در طول قرنطینه و فاصله‌فیزیکی نیاز به توجه ویژه دارد. همه کسانی که با سالمندان کار می‌کنند و از آنها حمایت می‌کنند باید رابطه بین تنهایی و رفتار خودکشی را در نظر داشته باشند. یافتن راه حلی برای ملاقات‌های مجازی یا از راه دور با سالمندان در انزوا، با رعایت دستورالعمل‌های مسئولین بهداشتی محلی و حفظ ایمنی افراد بسیار مهم است. تأمین مداوم داروها و نیازهای اساسی و همچنین غربالگری افکار خودکشی از اهمیت بالایی برخوردار است. رسانه‌ها باید دستورالعمل‌های مربوط به گزارش مرگ و میر ناشی از خودکشی در طول همه‌گیری کووید-۱۹ را دنبال کنند و مراقب گزارش دقیق تغییرات میزان خودکشی باشند. در حالی که تعداد مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ تقریباً بلافاصله در دسترس است، تعداد مرگ و میر خودکشی اغلب برای یک سال در دسترس نیست. در نهایت، توصیه می‌شود اصطلاح "فاصله فیزیکی و نزدیکی احساسی" را به جای "فاصله اجتماعی" به کار ببرید.

۴-۸- شیوه‌مقابله با احساس گناه در طول بیماری همه‌گیر COVID-۱۹

نویسنده: آمی مورین

ترجمه: ویدا ساعی، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

www.verywellmind.com

احساس گناه یک حس قوی است که در صورت عدم کنترل می‌تواند منجر به برخی از اقدام‌های نه‌چندان سالم شود. اگر در طول همه‌گیری COVID-۱۹ احساس گناه می‌کنید، تنها نیستید. در مورد این بحران بین‌المللی چیزی وجود دارد که به نظر می‌رسد منجر به ایجاد احساس گناه زیادی می‌شود.

آیا در حالی که به کار خود در خانه ادامه می‌دهید، فرزندان خود را به مهد کودک می‌فرستید، یا اینکه فکر می‌کنید به اندازه کافی نمی‌توانید به دیگران کمک کنید و دچار احساس گناه می‌شوید، می‌توانید تشخیص دهید که چگونه با این احساس به شیوه‌ای سالم که برای سلامتی شما ضروری است، برخورد کنید؟

چیزهایی که ممکن است در مورد آنها احساس گناه کنید

در طول بیماری همه‌گیر، برخی از افراد از اینکه حالشان خوب است، احساس گناه می‌کنند، بعضی از مردم نیز احساس گناه می‌کنند زیرا به آن خوبی که فکر می‌کنند، رفتار نمی‌کنند؛ و برخی دیگر تقریباً در مورد همه چیز احساس گناه می‌کنند.

زندگی شما در قرنطینه بهتر است

برای برخی افراد، قرنطینه شدن و شاید کار در خانه کیفیت زندگی آنها را افزایش داده است. برخی از فکرها مربوط به احساس گناه در شما ممکن است به این شکل به نظر برسند:

- من احساس گناه می‌کنم که زندگی من در دوران قرنطینه واقعاً بهتر شده است.
- احساس گناه می‌کنم زیرا می‌توانم در خانه کار کنم در حالی که دیگران شغل خود را از دست داده‌اند.
- احساس گناه می‌کنم زیرا در حال حاضر درآمد بیشتری نسبت به قبل دارم.
- من احساس گناه می‌کنم زیرا در حال حاضر بسیار خوشحالم و لی دیگران رنج می‌برند.



فرزندان و خانواده شما تحت تأثیر قرار گرفته اند

بسیاری از مردم احساس تنهایی می کنند زیرا قادر به دیدار دوستان و خانواده نیستند. کسانی که دارای فرزند هستند، ممکن است احساس گناه کنند زیرا متوجه شده اند که فرزندانشان تحت تأثیر عوامل منفی قرار می گیرند. ممکن است فکریهایی مانند این داشته باشید:

- احساس بدی دارم وقتی حوصله بچه هایم سر رفته و به آنها اجازه می دهم زمان بیشتری با صفحه نمایش کار کنند.
- احساس گناه می کنم که در طول روز با بچه هایم بازی نمی کنم.
- من احساس وحشتناکی دارم از اینکه والدینم نمی توانند در حال حاضر فرزندانشان را ببینند.
- من احساس گناه می کنم زیرا بچه های من بدبخت به نظر می رسند.
- احساس بدی دارم که نمی توانم به والدینم در خانه سالمندان سر بزنم.

شما قوانین فاصله اجتماعی را رعایت کرده اید یا نکرده اید

این امکان وجود دارد که شما در شروع همه گیری کرونا از قوانین فاصله گذاری اجتماعی پیروی نکرده باشید و به این دلیل احساس گناه کنید. و یا شاید حتی با وجود اینکه به تمام قوانین پایبند بوده اید، ولی چون رویدادهای مهم را از دست داده اید، احساس گناه کنید. ممکن است فکریهایی شما اینگونه به نظر برسند:

- احساس بدی دارم که در ابتدا در مکان های عمومی از ماسک استفاده نکرده ام.
 - احساس گناه می کنم که به یک اجتماع شلوغ رفته ام.
 - احساس بدی دارم که به دلیل رعایت فاصله اجتماعی در مراسم تشییع جنازه شرکت نکرده ام.
- مهم است که به خاطر داشته باشید که بسیاری از مردم در حال حاضر دقیقاً همین افکار را دارند. بنابراین، ایده خوبی است که به خود یادآوری کنید که در این تجربه تنها نیستید.

چرا ممکن است اکنون احساس گناه بیشتری کنید

ممکن است مواردی را که نسبت به آنها احساس گناه دارید، ادامه پیدا کند. برای بسیاری از افراد، چیزهای زیادی وجود دارد که از آنها احساس بدی دارند، چه در حال مبارزه با کرونا باشید و چه در شرایط خوبی باشید.

مردم رنج می برند

وقتی اخبار را روشن می کنید یا آخرین عناوین خبری را می خوانید، می بینید که مردم با بیماری جسمی، مشکلات سلامت روان و مشکلات اقتصادی روبه رو هستند و بسیاری از مردم برای از دست دادن عزیزان خود ناراحت هستند. اگر شما به اندازه دیگران رنج نمی برید، ممکن است از اینکه وضعیت خوبی دارید، احساس گناه کنید. مثل زمانی که در یک تصادف عده ای جان خود را از دست می دهند و ممکن است بازماندگان احساس گناه را تجربه کنند. اگر در حال حاضر بهتر از حد معمول کار می کنید، ممکن است این امر صادق باشد که چون وضعیت اقتصادی شما بهتر شده است یا امکان کار کردن از راه دور را دارید، ولی مردم بیشتر در حال رنج هستند، از اینکه که می توانید نسبت به دیگران به شکلی بهتر عمل کنید، احساس بدی داشته باشید.

دیگران ممکن است شما را خجالت زده کنند

اگر خبرهای خوبی مانند ارتقای درجه یا جشن تولد را به اشتراک می گذارید، دیگران ممکن است سریع به شما یادآوری کنند که در دوره همه گیری کرونا نباید در مورد آنها صحبت کنید.



این که کسی به پست شما در رسانه‌های اجتماعی بی توجهی می‌کند یا کسی می‌پرسد که چگونه می‌توانید در چنین شرایطی خوشحال باشید، ممکن است برای خوش‌شانسی خود یا حتی به خاطر داشتن روحیه خوب، شرمنده شوید و باعث شود در مورد موقعیت خوب خود احساس گناه کنید.

قوانین معمول اعمال نمی‌شود

بسیاری از کارهایی که قبل از همه‌گیری کرونا دوست داشتید، مانند ملاقات مکرر با والدین خود و یا محدود کردن مدت حضور کودکان در استفاده از کامپیوتر و گوشی، ممکن است دیگر اولویت شما نباشد.

دیدار دوستان و خانواده

اگر بیشتر عمر خود را صرف این باور کرده‌اید که باید با عزیزان خود وقت بگذرانید، در حال حاضر ممکن است به دلیل عدم وجود این امکان، در شما احساس گناه ایجاد شود.

حتی اگر بدانید که ملاقات نکردن آنها امن‌ترین و مهربانانه‌ترین کاری است که می‌توانید انجام دهید، باز هم ممکن است به این دلیل که رفتار شما با باورهایتان در تضاد است، احساس بدی داشته باشید "من نمی‌توانم با والدینم ملاقات کنم، گرچه معتقدم گذراندن وقت با خانواده مهم است."

زمان استفاده از نمایشگرها برای کودکان شما

اگر زمان و انرژی زیادی را صرف این کرده‌اید که از خیره شدن فرزندان به دستگاه‌های دیجیتالی جلوگیری کنید، اکنون ممکن است قوانین شما تغییر کرده باشد.

شاید اجازه دهید فرزندان شما از دستگاه‌های خود برای گپ زدن با دوستان استفاده کنند تا اینکه در حال حاضر به وسایل الکترونیکی خود دسترسی نداشته باشند. یا شاید نیاز باشد به صورت آنلاین در مدرسه شرکت کنند که در این صورت مهم است که همیشه با مدرسه در ارتباط باشند.

ممکن است مغز شما این حقیقت را نپذیرفته باشد که فعلاً شما مجبور نیستید قوانین قبلی خود را در مورد لوازم الکترونیکی رعایت کنید.

حتی اگر اولویت‌ها و قوانین شما در طول همه‌گیری تغییر کند، شما باید همه را سالم و ایمن نگه دارید، ممکن است مدتی طول بکشد تا مغز و احساس‌های شما بتواند به این ایده برسد که قوانین معمول، دیگر اعمال نمی‌شود.

مدیریت احساس گناه به روش سالم

ممکن است نتوانید این واقعیت را که احساس گناه می‌کنید، کنترل کنید. اما می‌توانید شیوه واکنش به آن را کنترل کنید.

احساس گناه را تأیید کنید و بپذیرید

احساس گناه یک احساس عادی و سالم است. تجربه آن زمانی که به کسی صدمه زده‌اید یا اشتباه کرده‌اید نشانه خوبی است، این بدان معناست که وجدان دارید. اما گاهی اوقات، ممکن است احساس گناه غیر ضروری داشته باشید.

انرژی خود را برای مبارزه با احساس گناه خود هدر ندهید و فکر نکنید، "من نباید چنین احساسی داشته باشم." نادیده گرفتن آن یا حتی تلاش برای سرکوب آن، کاری از پیش نمی‌برد.

در عوض، به احساس‌های خود توجه کرده و آنها را تأیید کنید. برای آنها نام بگذارید. مطالعه‌ها نشان می‌دهد که فقط برچسب زدن به احساسات می‌تواند کمک کند تا شدت کمتری داشته باشند.



تأیید احساس های شما همچنین باعث آزاد شدن قدرت مغز می شود. به جای هدر دادن انرژی برای احساس گناه، احساس های خود را شناسایی کنید و سعی کنید به جلو حرکت کنید.

اگر به کسی صدمه زده اید، عذرخواهی کنید

همیشه احساس گناه، غیر ضروری نیست. ممکن است مواقعی وجود داشته باشد که احساس گناه شما یادآور این باشد که به کسی صدمه زده اید.

چه به خاطر فشار روانی بر سر همسران فریاد بکشید و چه به مادر خود بگویید که بیش از حد به اخبار واکنش نشان داده است، احساس گناه شما ممکن است یادآور این باشد که باید عذرخواهی کنید.

اگر اشتباه کردید، اشتباه خود را در برابر طرف مقابل بپذیرید. بدون هیچ بهانه ای برای رفتار خود متأسف باشید و مسئولیت کامل آن را بپذیرید. به جای این که بگویید "متأسفم که احساس شما آسیب دید"، بگویید: "متأسفم که حرف بدی زدم."

اما به یاد داشته باشید که شما حتی اگر هیچ کار اشتباهی انجام نداده باشید هم، ممکن است احساس گناه کنید. ممکن است احساس بدی داشته باشید که فرزندان شما اغلب از خانه خارج نمی شوند یا نمی توانید برای فرزند خود جشن تولد بزرگ بگیرید، حتی اگر این چیزها تقصیر شما نیست. اگر به کسی صدمه نزدید، عذرخواهی مجاز نیست.

اگر احساس بدی دارید، اما تقصیر شما نیست، با همدلی پاسخ دهید. دشواری های طرف مقابل را بپذیرید، اما عذرخواهی غیر ضروری نکنید.

رفتار خود را زیر نظر داشته باشید

احساس گناه ایجاد ناراحتی می کند. بنابراین هنگامی که آن را تجربه می کنید، ممکن است وسوسه شوید که هر چه می توانید انجام دهید تا احساس بهتری داشته باشید. اما اگر مراقب نباشید، ممکن است اقدام ناسالمی برای رفع آن انجام دهید. به عنوان مثال، اگر احساس گناه می کنید که فرزندان شما بی حوصله و تنها هستند، ممکن است وسوسه شوید که به آنها شیرینی و بستنی بدهید تا آنها را شاد کند.

در حالی که اجازه دادن به آنها برای خوردن چند غذای اضافی ضرری نخواهد داشت، اما اجازه دادن مداوم برای مصرف اینگونه خوراکی ها می تواند بر سلامتی آنها تأثیر بگذارد و در نهایت، ممکن است از اینکه به آنها غذای سالم نداده اید، احساس گناه کنید. البته، مهم است که در حال حاضر کمی خود را راحت بگذارید. ممکن است لازم باشد به بچه ها اجازه دهید بیش از حد معمول با وسایل الکترونیکی خود بازی کنند تا بتوانید کار خود را انجام دهید.

یا ممکن است به بچه ها تنقلاتی بدهید که مثل همیشه سالم نیستند، زیرا اغلب برای خرید میوه و سبزیجات به مغازه نمی روید. انجام این کارها اشکالی ندارد، فقط مطمئن شوید که این تصمیم را برای کاهش احساس گناه خود، انتخاب نمی کنید.

داستانی را که به خود می گوئید، تغییر دهید

داستان هایی که به خود می گوئید و شکل رفتار شما، تفاوت زیادی در احساس شما ایجاد می کند. اگر فکر می کنید، "من آدم بدی هستم که به والدینم کمک نکرده ام"، احساس بدی خواهید داشت. اما، اگر به خود یادآوری کنید: "من با دوری از والدینم عاشقانه ترین کار ممکن را انجام می دهم"، ممکن است کمی احساس بهتری داشته باشید.

همچنین ممکن است داستانی را که هنگام کار به خود می گوئید، تغییر دهید. اگر فکر می کنید، "من پدر و مادر بدی هستم که تمام روز در دفتر کار می کنم در حالی که بچه ها در اتاق نشیمن تلویزیون تماشا می کنند"، احتمالاً احساس گناه خواهید کرد.



با این حال، اگر داستانتان را تغییر دهید و به خود بگویید: "من با کار سخت می‌توانم الگوی فرزندانم باشم و به آنها آموزش دهم که چگونه با شرایط سخت سازگار شوند"، این تغییر مجدد، می‌تواند گناه شما را کاهش دهد. به داستانی که به خود می‌گویید، توجه کنید و بپرسید آیا راه دیگری برای بررسی وضعیت وجود دارد. ممکن است یک تغییر جزئی در شیوه تفکر خود در مورد موقعیت ایجاد کنید که به شما کمک می‌کند احساس بهتری داشته باشید.

خود شفقتی را تمرین کنید

خودگویی شما تفاوت زیادی در احساس شما ایجاد می‌کند. اینکه احساس خودتان را نامگذاری کنید یا برعکس اینکه خود را به خاطر احساس گناه ناشی از اشتباهات، تنبیه کنید، احساس متفاوتی در شما ایجاد می‌کند. به خاطر داشته باشید که هیچ پاسخ درست یا نادرستی در مورد چگونگی مدیریت شرایط در بحران همه‌گیری کرونا وجود ندارد. این مسئله ناشناخته است و تنها کاری که می‌توانید انجام دهید این است که با اطلاعاتی که دارید، بهترین تصمیم‌ها را بگیرید. مهم این است که کمی شفقت به خود نشان دهید، انتقاد شدید از خود را کنار بگذارید و بیاموزید که با خود مهربان باشید. مطالعه‌ها نشان می‌دهد که شفقت به خود، کلید پیشرفت بهتر در آینده است. دو تمرین زیر برای شفقت به خود می‌تواند ناراحتی روانی شما را کاهش دهد.

۱- یک راه عالی برای تمرین خودشفقتی این است که از خود بپرسید: "به دوستی که چنین احساسی داشت یا این مشکل را داشت چه می‌گویم؟" به احتمال زیاد، شما با او مهربان هستید و ممکن است جمله‌ای حمایت‌کننده بگویید مانند: "تو بهترین کاری را که می‌توانی، انجام می‌دهی. همه ما اشتباه می‌کنیم."

۲- همچنین شما می‌توانید دوستانتان را در مواقعی که غیرمنطقی هستند با گفتن جمله‌ای مانند "تو هیچ اشتباهی انجام نداده‌ای، زیرا ما در میانه یک بیماری همه‌گیر هستیم" آرام کنید.

سعی کنید با همین نوع مهربانی و شفقت، به خودتان پاسخ دهید. این کار می‌تواند به کاهش برخی از احساس گناه‌های غیر ضروری در شما، کمک کند.

مراقب خودتان باش

در صورت بی‌توجهی یا حتی سوء استفاده از خود، نمی‌توانید احساس خوبی نسبت به خودتان و شیوه مدیریت موقعیت داشته باشید. به رژیم غذایی، خواب و سطح فعالیت خود توجه کنید. اگر می‌خواهید از سلامت احساسی خوبی برخوردار باشید، مراقبت از بدن بسیار مهم است.

همچنین، کمک کنید تا عملکردتان در بهترین حالت باشد. آیا به سرگرمی مشغول هستید؟ آیا برای انجام کارهایی که دوست دارید وقت می‌گذارید؟ آیا برای خود وقت می‌گذارید؟

بدیهی است که مراقبت از خود در دوران همه‌گیری کرونا ممکن است کمی متفاوت به نظر برسد. ممکن است نتوانید با دوستان خود دیدار کنید یا در کلاس‌های لذتبخش شرکت کنید. اما مهم است که به دنبال استراتژی‌های جایگزینی باشید که به شما کمک کند در بهترین وضعیت قرار بگیرید.

به اطرافیان‌تان توجه کنید

اگر دوستان و دنبال‌کننده‌های شما در رسانه‌های اجتماعی، به احتمال زیاد برای هرگونه خبر مثبتی که به اشتراک می‌گذارید، به شما تذکر بدهند، برای مثال بگویند نباید در طول بیماری همه‌گیر جشن بگیرید؛ در این صورت ممکن است بخواهید آنها را نادیده بگیرید، با آنها دوست نباشید یا آنها را دنبال نکنید.



مشکلی نیست که اخبار مثبت را به اشتراک بگذارید. در حقیقت، به اشتراک گذاشتن چیزهای خوب در زندگی، البته بدون بزرگنمایی، می‌تواند الهام بخش دیگران باشد یا به آنها کمک کند احساس بهتری داشته باشند. هنگام ملاقات با دیگران از سایر احساس‌ها و خلق و خوی خود نیز آگاه باشید. اگر کسی شما را مجبور به داشتن احساس گناه می‌کند، محدودیت‌هایی را در رابطه با او تعیین کنید. از داشتن احساس گناه در انجام کارهایی که نمی‌خواهید انجام دهید، خودداری کنید.

یک توصیه

به خاطر داشته باشید که بسیاری از مردم در حال حاضر دچار احساس گناه غیر ضروری می‌شوند، بنابراین اگر می‌توانید با دیگران ارتباط برقرار کنید، تنها نیستید. صحبت با دوستان و اعضای خانواده که شما را درک می‌کنند، می‌تواند کمک‌کننده باشد. اگر با وجود تلاش‌های خود، هنوز احساس گناه زیادی را تجربه می‌کنید یا در عملکرد شما اختلال ایجاد شده است، به دنبال کمک حرفه‌ای از درمانگر باشید. احساس گناه می‌تواند نشانه‌ای از افسردگی، اختلال پس از سانحه یا سایر مسائل مربوط به سلامت روان باشد.

گفت‌وگوی درمانی ممکن است به شما کمک کند احساس بهتری داشته باشید. روانشناس می‌تواند به شما کمک کند تا فکرها، احساس‌ها و رفتارهای پشت احساس گناه خود را برطرف کنید تا بتوانید احساس بهتری داشته باشید.

۵-۸- درک رابطه بین بدرفتاری در دوران کودکی و رفتارهای خودکشی

Understanding the relationship between childhood maltreatment and suicidal behaviors

نویسنده: کریستین چا

مترجم: کیمیا فضلی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد چالوس

این مقاله برگرفته از سایت APA.org است. صفحه وبگاه این مطلب:

https://www.apadivisions.org/division-37/publications/newsletters/maltreatment/2017/12/maltreatment-suicide?_ga=2.33332602.599525433.1631176382-2057081068.1631176382

پژوهش‌ها با هدف شناسایی مکانیسم‌هایی که به رفتارهای خودکشی در جوانان بدرفتار کمک می‌کند، می‌تواند برای پیشرفت درمان‌هایی که از این مکانیسم‌ها استفاده می‌کنند، مفید باشد.

مرگ با خودکشی ۸٫۵ درصد از کل مرگ و میر در میان نوجوانان و جوانان در سراسر جهان را شامل می‌شود (۱۵ تا ۲۹ سالگی) و علت اصلی مرگ در بین جوانان در سراسر جهان است (WHO, ۲۰۱۷).

تحقیقات موجود نشان داده است که تقریباً ۱۹٫۸ درصد و ۲۴ درصد از جوانان در ایالات متحده افکار خودکشی را تجربه می‌کنند (ناک، بورگس، برومت، چا و همکاران، ۲۰۰۸) و نرخ‌های مشابه در سایر کشورها مشاهده می‌شود (به عنوان مثال، کوکوی، روتسیکا، اریاکی و ریچاردسون، ۲۰۱۲). این نرخ‌ها نگران‌کننده است، به ویژه اینکه خودکشی قابل پیشگیری است. با این حال، درک



عوامل مرتبط با خطر خودکشی هنوز در جوانان محدود است، و حتی اطلاعات کمتری در مورد اینکه چگونه ممکن است این خطر برای جوانانی که با بدرفتاری یا سوء استفاده روبرو می‌شوند مشابه یا متفاوت باشد، وجود دارد.

در مقاله‌ای که اخیراً در مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی کودکان منتشر شده است، ما الگوها و شکاف‌های دانش موجود در زمینه متون مربوط به افکار و رفتارهای خودکشی در بین جوانان را شناسایی کردیم. ما دریافتیم که شواهد قوی وجود دارد که نشان می‌دهد انواع مختلف بدرفتاری در دوران کودکی (یعنی سوء استفاده جنسی، جسمی و احساسی) ایده خودکشی آینده و اقدام به خودکشی در بین جوانان را پیش‌بینی می‌کند. بدرفتاری جنسی در دوران کودکی به عنوان یک عامل پرخطر برای رفتارهای خودکشی در مقایسه با سایر اشکال بدرفتاری و ناملایمات دوران کودکی است (به عنوان مثال، از دست دادن مراقب، خشونت خانوادگی، آسیب‌شناسی روانی والدین؛ فرگوسن، هوروود و لینسکی، ۱۹۹۶؛ جوینر و همکاران، ۲۰۰۷؛ مولنار، برکمن و بوکا، ۲۰۰۱). سابقه سوء استفاده جنسی در کودکان همچنین بر انتقال خطر خودکشی از والدین به فرزندان تأثیر می‌گذارد (برنت و همکاران، ۲۰۰۲؛ ملهام و همکاران، ۲۰۰۷). علاوه بر این، مطالعات آینده نگر کوهورت و مطالعات دوقلوها، تأثیر بی نظیر سوء استفاده جنسی بر اقدام به خودکشی و مرگ را در بین نوجوانان و جوانان، فارغ از عوامل زمینه‌ای مانند ویژگی‌های والدین و فرزند و کیفیت محیط خانواده نشان داده است (به عنوان مثال براون، کوهن، جانسون و اسمایلز، ۱۹۹۹؛ کاستلوی و همکاران، ۲۰۱۷؛ فرگوسن، بودن و هوروود، ۲۰۰۸؛ فرگوسن، هوروود و لینسکی، ۱۹۹۶؛ نلسون و همکاران، ۲۰۰۲). در این مطالعات نشان داده شده است که سوء استفاده جنسی دارای اثرات طولانی مدت‌تری نسبت به سوء استفاده فیزیکی (فرگوسن و همکاران، ۲۰۰۸)، که یکی دیگر از عوامل خطر ساز قوی برای افکار و تلاش برای خودکشی است، دارد (دان، مک لاگین، اسلوپن، روزاند، و اسمولر، ۲۰۱۳؛ گومز و همکاران، ۲۰۱۷). اگرچه کمتر مورد مطالعه قرار می‌گیرد، اما نشان داده شده است که سوء استفاده عاطفی احتمال افکار خودکشی در کودکان و نوجوانان بزرگتر که از نظر متغیرهایی مانند سابقه افکار خودکشی، علائم افسردگی و در برخی موارد سوء استفاده جنسی و جسمی کنترل می‌شوند، را افزایش می‌دهد (گیب و همکاران، ۲۰۰۱؛ میلر و همکاران، ۲۰۱۶).

در حالی که مطالعات به وضوح نشان می‌دهد که سوء رفتار در دوران کودکی یک عامل خطر ساز برای افکار و رفتارهای خودکشی است، مهم است که به خاطر بسپاریم که در همه جوانانی که مورد سوء استفاده قرار گرفته شده‌اند افکار خودکشی ایجاد نمی‌شود یا رفتارهای خودآزاری یا خودکشی را انجام نمی‌دهند. در واقع، یافته‌های قبلی نشان می‌دهد که برخی ویژگی‌های روان‌شناختی، مانند هوش هیجانی، ممکن است در برابر آثار سوء استفاده جنسی دوران کودکی از فرد در برابر افکار و تلاش‌های خودکشی محافظت کند (ناک و چا، ۲۰۰۹). این ارتباط در بین افرادی که دارای سطوح متوسطی از هوش هیجانی بودند، ضعیف تر بود و از همه مهمتر، در بین افرادی که دارای سطح بالای هوش هیجانی بودند، کاملاً خنثی و ناچیز بود.

بررسی ما همچنین برخی از گرایش‌های موجود در این زمینه از تحقیقات، به ویژه تلاش کردن برای درک بهتر ویژگی‌های بدرفتاری و چگونگی تأثیر آن بر افکار و رفتارهای خودکشی، را مشخص کرده است. مطالعات اخیر به سمت شناسایی ویژگی‌های موقتی بدرفتاری (یعنی شروع اولین مواجهه، قرار گرفتن در معرض آن در یک دوره تکاملی خاص) و تعیین ارتباط آنها با افکار و رفتارهای خودکشی تغییر کرده است. ما یافته‌های متفاوتی در مورد دوره‌های حساس قرار گرفتن در معرض بدرفتاری پیدا کردیم، برخی از آنها تأثیر قرار گرفتن در معرض بدرفتاری در اواسط نوجوانی را برجسته می‌کردند (خان و همکاران، ۲۰۱۵)، برخی دیگر تأکید بر قرار گرفتن در معرض آن در دوران پیش‌دبستانی و اوایل دوران کودکی دارند (دان و همکاران، ۲۰۱۳؛ خان و همکاران، ۲۰۱۵)، و سرانجام برخی گزارش می‌دهند که هیچ ارتباطی وجود ندارد (گومز و همکاران، ۲۰۱۷). برخی از این عوامل ممکن است به جنسیت یا نوع بدرفتاری بستگی داشته باشد (خان و همکاران، ۲۰۱۵).



موارد بیشتری برای یادگیری درباره تأثیرات بد رفتاری در دوران کودکی بر رفتارهای خودکشی وجود دارد. هم مرگ با خودکشی و هم بد رفتاری در دوران کودکی قابل پیشگیری است - درک بهتر از این دو حوزه تحقیق، امکان رویکردی منحصر به فرد، مقطعی و چند زمینه ای را برای کار با جوانانی فراهم می آورد که تجربیات نامطلوب آنها در افکار و تلاش های خودکشی آنها نقش داشته است. با تمرکز تحقیقات ما بر روی شناسایی مکانیسم های فردی و انعطاف پذیر، می توانیم توسعه درمان هایی را که این مکانیسم ها را هدف قرار می دهد، به عنوان راهی برای جلوگیری از مرگ خودکشی برای این جوانان در معرض خطر، معرفی کنیم.

۹- چکیده پایان نامه دکتری

دست‌اندرکاران خبرنامه‌ی انجمن روان‌شناسی ایران، ضمن تبریک به دانش‌آموختگان زیر، آمادگی خود را برای انعکاس اخبار دفاع و نیز چکیده‌ی پایان‌نامه‌ی دانش‌آموختگان دکترای گرایش‌های مختلف روان‌شناسی و رشته‌های مرتبط اعلام می‌دارند.

۹-۱- چکیده پایان‌نامه دکتر ضحی حاجیها دانش‌آموخته دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران

دکتر ضحی حاجیها پایان‌نامه دکتری تخصصی خود تحت عنوان "کشف فرآیند وسوسه، لغزش و عود در زنان سوءمصرف‌کننده‌ی مواد و طراحی بسته‌ی پیشنهادی پیشگیری از عود: یک مطالعه‌ی نظریه‌ی زمینه‌بنیاد" را در تیرماه ۱۴۰۰ به اتمام رساند. پایان‌نامه ایشان توسط دکتر هادی بهرامی‌احسان (استاد راهنما) و دکتر سید سعید پورنقاش و دکتر رضا رستمی (اساتید مشاور) هدایت شده است.

چکیده

وسوسه، مهم‌ترین عامل مرتبط با عود مصرف مواد است. زنان نسبت به مردان، وسوسه‌ی بیش‌تری را تجربه می‌کنند و با وسوسه‌ی بیش‌تری نسبت به مردان در طول دوران درمانی خود مواجه می‌شوند.

هدف: هدف این پژوهش، کشف فرآیند وسوسه‌ی مصرف، لغزش و عود در زنان وابسته به مواد، کشف عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و محیطی تسهیل‌کننده و بازدارنده‌ی وسوسه، لغزش و عود و طراحی بسته‌ی پیشنهادی پیشگیری از عود با تمرکز بر نقش فرد در حال بهبودی، خانواده، جامعه و محیط بوده است.

روش: روش این پژوهش، روش کیفی نظریه‌ی زمینه‌بنیاد، جامعه‌ی پژوهش، زنان وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران و مشارکت‌کنندگان پژوهش، ۴۰ نفر از زنان وابسته به مواد مراجعه‌کننده (مقیم) به مرکز ترک اعتیاد (کمپ) بانوان بهبودگستران همگام بوده است که با روش نمونه‌گیری نظری انتخاب شده‌اند و طی مدت سال‌های ۹۶ تا ۹۸، مورد مشاهده و مصاحبه‌ی عمیق قرار گرفته‌اند.

یافته: در مجموع، ۱۵ تم استخراج، و در مدل نظری وسوسه‌ی زنان وابسته به مواد جای‌گذاری شد. شرایط علی مدل، متشکل از عوامل فردی، خانوادگی و محیطی و اجتماعی آشکارساز وسوسه، شرایط زمینه‌ای، متشکل از عوامل تداوم‌بخش وسوسه، عوامل محافظت‌کننده در برابر لغزش، عوامل تحقق‌بخش لغزش و عوامل سرکوب‌کننده‌ی لغزش، شرایط میانجی، متشکل از اطلاعات



دموگرافیک، سوابق مصرف و پاک، سوابق ترک و لغزش، عوامل فردی، خانوادگی، محیطی و اجتماعی پیشگیرانه‌ی وسوسه، و الگوی تعاملی خانواد بوده است. راهبردهای کنش و کنش متقابل، از ۴ راهبرد مدارا و هم‌نشینی با وسوسه، تسلیم در برابر وسوسه، تسلیم پس از مقاومت در برابر وسوسه و مقاومت در برابر وسوسه تشکیل شد.

پیامدهای کنش و کنش متقابل، از پیامدهای کوتاه‌مدت اولیه (شامل انتظار عود، عود آنی، عود تاخیری، عبور از وسوسه)، و پیامدهای کوتاه‌مدت ثانویه (شامل تجربه‌ی عود و احساس کامیابی، تجربه‌ی احساس بی‌کفایتی و یا بی‌تفاوتی، تجربه‌ی احساس شکست و پشیمانی، تجربه‌ی حفظ پاک) تشکیل شده است.

پیامدهای بلندمدت (در صورت تکرار راهبرد و ایجاد الگو) نیز شامل چندماده‌ای شدن، افزایش مصرف، بیش‌مصرفی و طرد (برای ۳ راهبرد اول)، و بازگشت تدریجی به زندگی سالم (برای راهبرد آخر) بوده است. بسته‌ی پیشنهادی پیشگیری از عود نیز براساس مدل نظری استخراج‌شده تدوین شد. **نتیجه‌گیری:** با استفاده از مدل نظری کشف‌شده و به‌کارگیری بسته‌ی پیشنهادی ارائه‌شده، می‌توان فرآیندهای اختصاصی وسوسه، لغزش و عود را برای زنان وابسته به مواد شناسایی کرد و اقدامات لازم و به‌هنگام جهت پیشگیری از وسوسه، لغزش و عود را برای آنان فراهم نمود.

واژه‌های کلیدی: زنان وابسته به مواد، فرآیند وسوسه، لغزش و عود، بسته‌ی پیشنهادی پیشگیری از عود، نظریه‌ی زمینه‌بنیاد

۲-۹- چکیده پایان‌نامه دکتر گیتی زارعی دانش‌آموخته دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد، واحد سمنان

دکتر گیتی زارعی پایان‌نامه دکتری تخصصی خود تحت عنوان "**بررسی تغییرات ساختار شخصیت و روابط موضوعی در بازه‌های زمانی مختلف درمان روان‌پویشی کرنبرگ در بیماران دارای اختلالات شخصیت خوشه B**" را در آبان ۱۳۹۹ به اتمام رساند. پایان‌نامه ایشان توسط دکتر اسحق رحیمیان بوگر و دکتر آمنه معاضدیان (اساتید راهنما) و دکتر علی جهان (استاد مشاور) هدایت شده است.

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین تغییرات ساختار شخصیت و روابط موضوعی در بازه‌های زمانی مختلف درمان روان‌پویشی کرنبرگ در بیماران دارای اختلالات شخصیت خوشه B طرح‌ریزی و اجرا شد.

مطالعه حاضر تجربی، شبه‌آزمایشی از نوع سری‌های زمانی گروه‌های چندگانه بود. ۳۲ مراجع دارای اختلالات شخصیت خوشه B با روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس مصاحبه بالینی، پرسشنامه میلیون ۳ و ملاک‌های ورود و خروج انتخاب گردیده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ۵۱ جلسه مداخله درمان معطوف به انتقال به صورت فردی به مدت یک سال برای گروه آزمایش اجرا شد. در بازه‌های مختلف درمان یک پیش‌آزمون و سه پس‌آزمون (مصاحبه ساختاری سازمان شخصیت و پرسشنامه روابط موضوعی بل) هم برای گروه آزمایش و هم کنترل اجرا شد لازم به ذکر است که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند.

مطابق با یافته‌های پژوهش در مرحله اول درمان تغییر معناداری در ساختار شخصیت مشاهده نشد، در مرحله دوم بعد از ۳۵ جلسه درمان در کلیه ابعاد ساختار شخصیت به جز انعطاف‌ناپذیری تغییر معنادار مشاهده شد و همچنین بیشترین میزان تغییرات در مرحله سوم درمان در همه ابعاد پدیدار شد. در ابعاد روابط موضوعی، بر اساس یافته‌های پژوهش در مرحله اول درمان در بعد دل‌بستگی ناایمن تغییرات معنی‌دار مشاهده شد و در مرحله دوم درمان در ابعاد خودمیان بینی و بی‌کفایتی اجتماعی تغییرات معنی‌دار پدیدار شد و در مرحله سوم درمان در بعد بیگانگی تغییرات معنی‌دار به وجود آمد ($p < 0/05$).



نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد روان‌درمانی معطوف به انتقال به عنوان یک روش درمانی موثر موجب بهبود ساختار شخصیت و روابط موضوعی اختلالات شخصیت خوشه B می‌شود.
کلمات کلیدی: اختلال شخصیت، روابط موضوعی، روان تحلیلی، روان‌درمانی

۳-۹- چکیده پایان‌نامه دکتر مرضیه حاجی‌بابایی دانش‌آموخته دکتری روان‌شناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان

دکتر مرضیه حاجی‌بابایی پایان‌نامه دکتری تخصصی خود تحت عنوان "تدوین بسته درمانی وجودی- معنوی بر مبنای آموزه‌های قرآنی و مضامین عرفانی منطق‌الطیر و مقایسه تأثیر آن با درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی، سلامت روان، تاب‌آوری و معنا در زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)" را در شهریور ۱۳۹۹ به اتمام رساند.
 پایان‌نامه ایشان توسط دکتر محمد باقر کجباف و دکتر مریم اسماعیلی (اساتید راهنما) و دکتر محمدحسین حریرچیان و دکتر علی منتظری (اساتید مشاور) هدایت شده است.

چکیده

مولتیپل اسکلروزیس، شایع‌ترین بیماری نورولوژی ناتوان‌کننده در سنین جوانی است که عوارض روانشناختی مختلفی نیز به همراه دارد. در سالیان اخیر، میزان شیوع MS در ایران روند فزاینده‌ای داشته است. هدف از انجام این پژوهش تدوین بسته درمانی وجودی-معنوی و مقایسه تأثیر آن با درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی، سلامت روان، تاب‌آوری و معنا در زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. پژوهش به روش ترکیبی (کیفی و کمی) انجام گرفت. در تدوین بسته درمانی ابتدا مصاحبه نیمه ساختاریافته با پانزده بیمار زن مبتلا به MS انجام گرفت و مشکلات اصلی زنان مبتلا به ام اس استخراج گردید. سپس موضوعات مربوط به چهار اصل مورد تأکید روانشناسی وجودی شامل معنا، مرگ، تنهایی، اختیار، در آیات قرآن کریم و اشعار عرفانی منطق‌الطیر مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت، همچنین مصاحبه نیمه ساختاریافته با هفت نفر از متخصصین مرتبط و صاحب تجربه در رابطه با موضوع پژوهش انجام گردید. مؤلفه‌های درمان وجودی-معنوی به روش تحلیل محتوا استخراج گردید. در مرحله دوم پژوهش، بسته درمانی مبتنی بر مشکلات اصلی بیماران و مؤلفه‌های درمانی، در ۸ جلسه تدوین گردید و به روش سه‌سویه سازی اعتبارسنجی شد. در مرحله سوم، به روش تحقیق نیمه تجربی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه کنترل)، تأثیر بسته درمانی با روش شناختی-رفتاری مورد مقایسه گرفت. در این مرحله ۴۸ بیمار مبتلا به MS به صورت در دسترس از بیماران مراجعه‌کننده به واحد جامع MS دانشگاه علوم پزشکی تهران و انجمن MS با کسب رضایت آگاهانه انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، کیفیت زندگی MSQoL-۵۴، سلامت عمومی GHQ، تاب‌آوری کانر-دیویدسون و معنا در زندگی بود.

پس از مداخله، روش تحلیل واریانس اندازه‌گیریهای مکرر یافته‌های پژوهش نشان داد، مداخله وجودی-معنوی، حیطة جسمانی کیفیت زندگی ($P = ۰,۰۰۱$) حیطة روانی کیفیت زندگی ($P < ۰,۰۰۱$)، سلامت روان ($P = ۰,۰۰۶$) و معنا در زندگی ($P = ۰,۰۲۷$) را بطور معنادار افزایش می‌دهد. همچنین درمان شناختی-رفتاری نیز بر بهبود حیطة جسمانی کیفیت زندگی ($P = ۰,۰۱۳$) حیطة روانی کیفیت زندگی ($P = ۰,۰۱۴$)، سلامت روان ($P = ۰,۰۰۱$) و معنا در زندگی ($P = ۰,۰۳۹$) زنان مبتلا به MS اثربخش بوده است. هر دو مداخله بر افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا تأثیر معناداری نداشته‌اند. تحلیل واریانس یک‌راهه و



آزمون تعقیبی نشان داد، تأثیر مداخله وجودی- معنوی بر کیفیت زندگی و سلامت روان در پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از مداخله شناختی- رفتاری بوده است. درمان وجودی- معنوی مبتنی بر فرهنگ اسلامی- ایرانی، یک درمان جامع و دربرگیرنده ابعاد وجودی انسان می‌باشد. هر دو مداخله در بهبود شرایط روانشناختی بیماران مؤثرند، هرچند نتایج نشان می‌دهد بسته درمانی وجودی- معنوی، تعداد بیشتری از مؤلفه‌های روانشناختی را بهبود داده است. کاربرد آن در زنان مبتلا به MS پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: وجودی- معنوی، شناختی- رفتاری، کیفیت زندگی، سلامت روان، تاب‌آوری، معنا در زندگی، مولتیپل اسکلروزیس

۹-۴- چکیده پایان‌نامه نعیمه علی‌نقی‌زاده بهبهانی دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران

نعیمه علی‌نقی‌زاده بهبهانی پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود را تحت عنوان «تأثیر تجارب آسیب‌زای دوران کودکی بر گرایش بر افکار خودکشی با تعدیل‌کنندگی میزان مطالعه کتاب‌های دارای المان‌های خودکشی» در شهریور ۱۴۰۰ به اتمام رساند.

پایان‌نامه توسط دکتر حمید پورشریفی (استاد راهنمای اول)، دکتر مسعود کریم‌لو (استاد راهنمای دوم) و دکتر بیتا بهرامی (استاد مشاور) هدایت شده است.

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر تجارب آسیب‌زای دوران کودکی بر گرایش به افکار خودکشی با تعدیل‌کنندگی میزان مطالعه کتاب‌های دارای المان‌های خودکشی است. طرح پژوهش از نوع میدانی و نوع پژوهش توصیفی-همبستگی بوده است. جامعه آماری کلیه مراجعه‌کنندگان به کانال‌ها و گروه‌های فضای مجازی بوده‌اند. نمونه مورد بررسی ۳۱۰ نفر از افرادی بوده‌اند که در فاصله زمانی دو ماه (آبان تا آذر ۹۸) در این گروه‌ها و کانال‌ها عضو و فعال بوده‌اند و به پرسش‌نامه الکترونیکی پاسخ داده‌اند. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل پرسش‌نامه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، چک لیست «افکار و اقدام به خودکشی» بوده است. داده‌ها با روش رگرسیون لجستیک تحلیل شد. با توجه به نتایج حاصل، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی‌کننده گرایش به افکار خودکشی است ($\beta = 1.74, p < 0.01, OR = 1.9, 95\% CI = 1.0, 3.3$). مقدار نسبت شانس (OR) برابر ۱.۹ به این معنی است که افرادی که در طول دوران زندگی خود حداقل یک بار تجربه آسیب‌زا داشته‌اند ۱.۹ برابر نسبت به کسانی که هیچ تجربه‌ای نداشته‌اند خطر بروز افکار خودکشی در ذهن خود را خواهند داشت. با ورود متغیر مطالعه کتاب‌های دارای المان‌های خودکشی به مدل رگرسیونی تغییری در ضریب رگرسیونی و مقدار نسبت شانس در متغیر تجارب آسیب‌زای دوران کودکی ایجاد نشد و به این ترتیب، اثر تعدیل‌کنندگی آن معنی‌دار نبود اما مطالعه کتاب‌های دارای المان‌های خودکشی به‌تنهایی احتمال خطر افکار خودکشی در افراد را افزایش داد ($\beta = 1.55, p < 0.01, OR = 1.7, 95\% CI = 1.0, 2.8$). نسبت شانس ۱.۷ نشان می‌دهد کسانی که کتاب‌های دارای المان‌های خودکشی را مطالعه می‌نمایند ۱.۷ برابر نسبت به کسانی که چنین کتاب‌هایی را مطالعه نمی‌کنند در معرض خطر داشتن افکار خودکشی هستند. بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت افکار و اقدام خودکشی علاوه بر تأثیرپذیری از تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، تحت تأثیر مطالعه کتاب‌های دارای المان‌های خودکشی است.

کلیدواژه‌ها: تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، گرایش به افکار خودکشی، کتاب‌های دارای المان‌های خودکشی

• جهت آگاهی خوانندگان به استحضار می‌رساند روال خبرنامه درج چکیده پایان‌نامه‌های مقطع دکتری است. استثنا این پایان‌نامه به علت داشتن موضوعیت خودکشی در این شماره که به موضوع خودکشی اختصاصی تر پرداخته است، درج شد.



۱۰- اخبار همایش های روان‌شناختی ایرانی

۱-۱- هشتمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران (با تاکید بر روان‌شناسی تروما)

محورهای کنگره:

- سبب‌شناسی و مداخله در تروما
- پاندمی کرونا و تروما
- آسیب یا رشد پس از تروما
- آسیب‌شناسی روانی و سلامت روان
- مداخلات روان‌شناختی
- سلامت روان دانشجویان و دانش‌آموزان
- اعتیاد و آسیب‌های اجتماعی
- روان‌شناسی و فرهنگ
- روان‌شناسی و صنعت



- روان‌شناسی و مهندسی هیجان
- روان‌شناسی و هوش مصنوعی
- روان‌شناسی عملکرد و ورزش
- روان‌شناسی و فضای مجازی
- روان‌شناسی خانواده و ازدواج
- روان‌شناسی کودک و نوجوان
- روان‌شناسی، مغز و شناخت
- روان‌شناسی شهری و رفتار شهروندی

آخرین مهلت ارسال چکیده مقالات: ۳۱ تیرماه ۱۴۰۰

تاریخ برگزاری: ۲۶ الی ۲۸ آبان‌ماه ۱۴۰۰

مکان برگزاری: تهران، دانشگاه صنعتی شریف

وبسایت کنگره:

<http://congress8.iranpa.org/>

۲-۱۰- نهمین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده و پنجمین جشنواره ملی خانواده‌پژوهی

محورهای کنگره:

- روابط همسران
 - روابط والدین و فرزندان
 - آموزش مجازی و تحصیل فرزندان
 - شغل و مسایل مربوط به دورکاری
 - ناپایداری اقتصادی خانواده و تحول در کسب و کار خانگی
 - حضانت، ملاقات و سکونت در منزل مشترک
 - تمکین، نشوز و نفقه
 - مسئولیت‌های مدنی و کیفری ناشی از انتقال بیماری
 - سوگ
- ☆ شرایط اضطرار ناشی از همه‌گیری کووید ۱۹ و تأثیر آن بر حقوق خانواده
- ☆ خانواده و سلامت (روانی، اجتماعی، جسمی و معنوی)
- ☆ خانواده و فضای مجازی: تهدیدها و فرصت‌ها
- ☆ خانواده و الگوهای نو پدید



☆ خانواده و اعتیاد

☆ تحکیم خانواده

☆ خانواده و اقتصاد:

- اقتصاد و تغییرات ساختاری خانواده
- خانواده، جامعه‌پذیری اقتصادی و توسعه
-

تاریخ برگزاری کنگره:

۲۸ و ۲۹ مهر ماه

۵ و ۶ آبان‌ماه

وبسایت کنگره:

<http://familycong.fri.sbu.ac.ir/fa/>



۱۱- همایش های روان‌شناختی بین‌المللی

❖ ICSSP 2022: 16. International Conference on Suicidology and Suicide Prevention August 30-31, 2022 in Moscow, Russia



The International Research Conference is a federated organization dedicated to bringing together a significant number of diverse scholarly events for presentation within the conference program. Events will run over a span of time during the conference depending on the number and length of the presentations. With its high quality, it provides an exceptional value for students, academics and industry researchers.

International Conference on Suicidology and Suicide Prevention aims to bring together leading academic scientists, researchers and research scholars to exchange and share their experiences and research results on all aspects of Suicidology and Suicide Prevention. It also provides a premier interdisciplinary platform for researchers, practitioners and educators to present and discuss the most recent innovations, trends, and concerns as well as practical challenges encountered and solutions adopted in the fields of Suicidology and Suicide Prevention.

Abstracts/Full-Text Paper Submission Deadline 14 October 2021

Notification of Acceptance/Rejection 28 October 2021

Final Paper (Camera Ready) Submission & Early Bird Registration Deadline 30 July 2022

Conference Dates 30-31 August 2022

[بازگشت به صفحه اول](#)

۱۲- معرفی کتاب‌های جدید

۱۲-۱- روان‌درمانی راهبردی راه‌حل‌مدار

نویسنده: الن کوئیک

ترجمه: دکتر سمیه شاهمرادی، دکتر مریم فاتحی زاده، لیلیا میرنیام و دکتر مسعود صادقی
انتشارات: ساوالان/ چاپ سوم/ سال انتشار ۱۳۹۹



معرفی کتاب:

این کتاب به معرفی روان‌درمانی راهبردی راه‌حل‌مدار می‌پردازد. این درمان که کوتاه‌مدت است، با تلفیق دو رویکرد استراتژیک (راهبردی) و راه‌حل‌مدار یک رویکرد غنی و مفید ارائه نموده است که می‌تواند برای حل مشکلات مراجعان و درمانجویان بسیار موثر باشد. این کتاب توسط دکتر الین کوئیک^۱ تألیف شده است. وی یک روان‌شناس بالینی و درمانگری است که بیش از ۲۰ سال تجربه در کار با مراجعان مختلف داشته و بر اساس مطالعات و تجربیات خود، دست به نگارش کتاب حاضر زده است. این کتاب به طور مفصل و با شرح کامل جزئیات، به توصیف هر یک از راه‌حل‌ها پرداخته و با ارائه مثال‌هایی کاربردی، چگونگی به کارگیری تکنیک‌های درمان

راهبردی راه‌حل‌مدار را در درمان فردی، مشاوره با والدین و نوجوانان، زوج‌درمانی، گروه‌درمانی و مراقبت‌های سلامت رفتاری توضیح می‌دهد. مطالعه کتاب حاضر راهنمای مفیدی برای مشاوران، روان‌شناسان، روان‌پزشکان، مددکاران و سایر متخصصان حرفه‌های یاورانه برای ارائه خدمات بهتر به مراجعان می‌باشد.

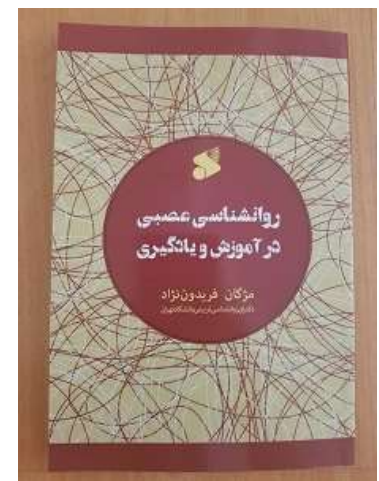
۱۲-۲- روانشناسی عصبی در آموزش و یادگیری

نویسنده: دکتر مرژگان فریدون‌نژاد

مشخصات نشر: تهران، سازمان تبلیغات اسلامی، شرکت چاپ و نشر بین‌الملل، سال نشر ۱۳۹۹

معرفی کتاب:

کتاب روانشناسی عصبی در آموزش و یادگیری در شش فصل با عناوین فصل‌ها: شناخت، روانشناسی عصبی، آموزش و اصول یادگیری عصب شناختی، ارزیابی عصب شناختی، مزیت‌ها و کاربردهای علوم اعصاب تربیتی، چشم‌انداز علوم اعصاب تربیتی، تهیه و تدوین شده است. یکی از حیطه‌های نوظهور در زمینه‌ی آموزش، ورود محققان حیطه علوم اعصاب به آموزش و یادگیری می‌باشد که حیطه‌ای بین‌رشته‌ای به نام علوم اعصاب تربیتی را خلق کرده است که به



^۱ - Ellen K. Quick

بررسی چگونگی کارکرد مغز در آموزش و یادگیری می پردازد. روانشناسی عصبی مطالعه ی ارتباط مغز و رفتار می باشد. می توان بیان کرد که وقتی سخن از روانشناسی عصبی در آموزش و یادگیری می نماییم، یعنی به دنبال بررسی و مطالعه ی رابطه ی بین مغز و رفتار هستیم تا از این مطالعه به دلالت هایی برای بهبود آموزش و یادگیری دست یابیم. روانشناسی عصبی در آموزش یا به عبارت بهتر روانشناسی عصبی - تربیتی از سه حیطه ی اساسی: روانشناسی، علوم اعصاب، آموزش تاثیر می پذیرد. بنابراین می توان گفت که روانشناسی عصبی - تربیتی موضوعی بین رشته ای است که محققان از رشته های مختلف از قبیل علوم اعصاب شناختی، روانشناسی تربیتی، تکنولوژی آموزشی و نظریه های آموزشی را دور هم جمع می کند تا به اکتشاف تعاملات پردازش های مغزی عصبی و بیولوژیکی با آموزش و یادگیری و تربیت بپردازند و در نهایت تجویزهایی برای ذی نفعان عرصه ی آموزش و یادگیری داشته باشند.

۱۲-۳- از تنیدگی به آسودگی

نویسنده: دکتر مزگان فریدون نژاد

ناشر: انتشارات جالیز، سال نشر ۱۴۰۰

معرفی کتاب:

کتاب از تنیدگی به آسودگی به هدف معرفی، مدیریت، کنترل، ارائه ی راهکارهای مقابله با استرس تهیه و تدوین شده است.

استرس یک فشار روانی و احساسی بیش از حد تحمل فرد است. تنش و هر محرکی که در انسان ایجاد تنش کند، استرس را یا عامل تنیدگی نامیده می شود. تنش ایجاد شده در بدن و واکنش بدن را تنیدگی می گوئیم به عبارتی هر عاملی موجب تنش روان و جسم و از دست دادن تعادل فرد شود، تنیدگی را است. اصولاً استرس تمام جنبه های سلامت افراد که شامل سلامت جسمانی (توانایی بدن برای انجام کارهای روزانه)، سلامت هیجانی (توانایی تنظیم و کنترل

هیجان ها) سلامت روانی (توانایی یادگیری و رشد ذهنی) سلامت اجتماعی (توانایی تعامل مناسب با مردم و محیط) را تحت تاثیر قرار می دهد. استرس با طیف عظیمی از مشکلات جسمانی چون سردردهای تنشی، درد قلب، زخم معده، آسم و بسیاری دیگر از بیماریها در ارتباط است و همچنین استرس می تواند مشکلات روان شناختی متعددی را چون افسردگی، اضطراب و هراس های اجتماعی را برای فرد ایجاد نماید. بیماری های فراوانی با استرس مداوم مرتبط هستند؛ شناسایی استرس و آگاهی از اثرات آن برای کاهش زیان های استرس کافی نیست. آنچه ما بدان نیازمندیم تلاش برای تغییر منبع استرس و یا تغییر واکنش نسبت به آن منبع می باشد، بایستی به ناراحتی و تشویش خود توجه کرده و آنها را نادیده نگرفت. با بهره گیری از فنون کنترل و مهار استرس، کمتر به بیماری های جسمی و روحی مبتلا می شویم و می توانیم به ساحل آرامش برسیم. از جهت دیگر فقدان کامل استرس نیز چندان مناسب نیست. تمامی افراد تا حدودی به استرس نیازمند هستند. استرس بهینه در بسیاری از موارد سبب می گردد افراد در زمان مناسب به فعالیت های خود بپردازند و یا در مواقعی این استرس منجر به اقدامات پیشگیرانه می گردد که می تواند در حفظ سلامت موثر باشد اما نکته حائز اهمیت این جریان است





که استرس در حد بهینه میزان کمی از استرس می باشد که در واقع موتور محرک برخی رفتارها می باشد اما به محض بیشتر شدن این احساس می تواند به طور کلی سلامت فرد را تحت تاثیر قرار دهد. نکته ی حائز اهمیت در مورد استرس، کنترل و مدیریت آن است. در این مجموعه ابتدا با معرفی پدیده ی استرس، تنیدگی، تنش یا فشار روانی به: تعریف، بیان نظریات علمی، انواع، مراحل، علائم، علل و عوامل موثر بر استرس و همچنین بررسی و واشکافی ابعاد مختلف استرس شغلی و کاری، و سپس به مباحث: پیشگیری، مدیریت، مهار، رفتارهای کنار آمدن، کنترل، راهبردهای مقابله، تعدیل کننده های استرس پرداخته شده و در نهایت با بیان راهکارها، ترفندها و روش های متنوع و مختلف از بین بردن یا کاهش یا تحمل فشار روانی و همچنین با ارائه ی تکنیک هایی جهت آرامش اعصاب و کنترل استرس به اتمام رسیده است.

۱۲-۴- چرا می‌خواهیم؛ رمزگشایی از نیروی خواب و رؤیا

مؤلف: متیو واکر

مترجم: میثم همدمی؛ کاندید دکتری روانشناسی دانشگاه گیلان

انتشارات: دانژه/ زمستان ۱۳۹۹



معرفی کتاب: یک‌سوم عمر خود را در خواب می‌گذرانیم؛ اما چرا؟ چرا تکامل به خواب تن داده است؟ نمی‌شود حداقل ساعات کمتری را طی شبانه‌روز بخوابیم؟ اگر بکشیم تا زیر بار آن نرویم، چه؟ آیا همه ما خواب می‌بینیم؟ خواب دیدن چه سودی دارد؟ آیا تمام حیوانات می‌خوابند؟ کیفیت خواب آن‌ها چگونه است؟

این‌ها احتمالاً تنها برخی از سؤالاتی‌اند که تا به حال پیرامون خواب به ذهن‌مان خطور کرده‌اند؛ باین‌همه اغلب ما هنوز پاسخ بسیاری‌شان را نمی‌دانیم. کتاب حاضر کوشیده است تا بر مبنای معتبرترین یافته‌های پژوهشی به سؤالات متعدد پیرامون خواب پاسخ دهد. کتاب از واقعیاتی پرده برمی‌دارد که خواننده را شگفت‌زده خواهند کرد. اگر اهل مطالعه

هستید، به‌طورقطع مطالعه کتاب را جالب خواهید یافت. به‌احتمال بسیار زیاد نگاهتان در مورد خواب تغییر خواهد کرد و چه‌بسا به‌تبع آن الگوی زندگی‌تان را نیز تغییر دهید.

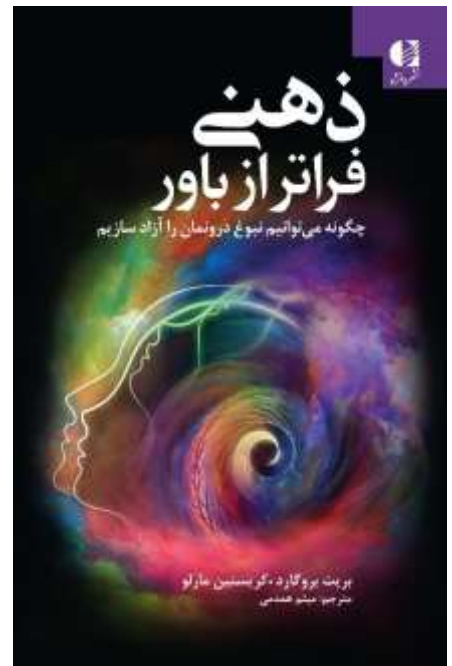
متیو واکر نویسنده کتاب استاد تمام بخش علوم اعصاب و روان‌شناسی دانشگاه برکلی است. مدیریت آزمایشگاه خواب و تصویربرداری عصبی برکلی را بر عهده دارد و پیش‌تر هم استاد تمام بخش روان‌پزشکی دانشگاه هاروارد بوده است.

۵-۱۲- ذهنی فراتر از باور؛ چگونه نبوغ درونمان را آزاد سازیم

مؤلف: کتاب توسط بریت پروگارد، فیلسوف و پژوهشگر علوم اعصاب دانمارکی-آمریکایی و استاد تمام دانشگاه میامی در همکاری با کریستین مارلو نگاشته شده است.
مترجم: میثم همدمی؛ کاندید دکتری روانشناسی دانشگاه گیلان
انتشارات: دانژه/ زمستان ۱۳۹۹

معرفی کتاب:

در این کتاب خواهیم دید که چگونه ممکن است برخی افراد از توانمندی‌های خارق‌العاده برخوردار باشند، مثلاً چطور فردی می‌تواند با تنها یک لحظه نگرستن به حیوانی، مجسمه‌ای به‌غایت دقیق و پر جزئیات از آن بسازد؛ چطور فردی قادر است با چشم چپ و راست خود، هم‌زمان دو صفحه مجزا از کتابی را بخواند و اطلاعات اخذ شده از آن‌ها را باهم ترکیب کند؛ چطور کسی که هرگز دستش به پیانو یا هیچ ساز دیگری نخورده است، پس از ضربه‌ای مغزی، ناگهان به پیانیستی ماهر بدل می‌شود و موارد متعدد این‌چنینی دیگر. همچنین نگاهی می‌اندازیم به روش‌های ارتقای توانمندی‌های ذهنی انسان و رای



محدوده‌های تحمیل‌شده زیستی‌اش؛ و در نهایت هم نظری خواهیم داشت به سناریوهایی احتمالی که در آینده انتظار مغز بشر را می‌کشند.

۶-۱۲- چالش‌های صمیمیت: مفهوم‌بندی، ارزیابی و درمان

نویسنده: کارن پراگر
مترجم: فاطمه ریاحی
انتشارات: ارجمند

معرفی کتاب:

کتاب «چالش‌های صمیمیت: مفهوم‌بندی، ارزیابی و درمان» با تکیه بر رویکرد شناختی-رفتاری و با استفاده از دیدگاه‌ها و راهبردهای مبتنی بر شواهد علمی، بر ارزیابی و درمان مسائل رایج در حوزه صمیمیت تمرکز دارد. مؤلف با معرفی و دسته‌بندی پاداش‌ها و مخاطراتی که با روابط صمیمانه همراهند، مفهوم‌بندی دقیقی از صمیمیت ارائه می‌دهد. این مفهوم‌بندی مبنای «امضای صمیمیت» است؛ بسته‌ای که برای کمک به درمانگر طراحی شده تا وضعیت منحصر به فرد هر زوج را در حوزه صمیمیت ارزیابی کند و با درک نقاط ضعف و قوت رابطه، به تعیین پیش‌آگهی و طرح‌ریزی درمان بپردازد. این کتاب راهبردهایی را برای برقراری اتحاد درمانی بر می‌شمارد و مجموعه‌ای از مداخلات شناختی، رفتاری و



هیجانی را معرفی می‌کند. برای فهم و به‌کارگیری ساده‌تر، شرح این مداخلات با مثال‌هایی از گفت‌وگوی درمانگر و مراجع همراه شده است. وام گرفتن مفاهیم و مداخلات ارزشمندی از رویکردهای انسان‌گرا، نظریه سیستم‌های خانواده، و نظریه دلبستگی موجب شده این روش درمانی غنی‌تر گردد و پاسخ‌گوی طیف وسیعی از مشکلات زوجی باشد. بینش‌ها و روش‌های ارائه شده در این کتاب همچنین برای کمک به مراجعان انفرادی که در تشکیل یا حفظ روابط صمیمانه با دشواری روبرو هستند سودمند است.

[بازگشت به صفحه اول](#)

۱۳- مجله‌های منتشر شده

۱۳-۱- بیست و هشتمین شماره دو فصلنامه «نشریه نشریه روان‌شناسی معاصر»

در بیست و هشتمین شماره دو فصلنامه نشریه روان‌شناسی معاصر مقاله‌های

زیر به چاپ رسیده است:

- پیوند بین نظریه‌ی بار شناختی و هیجانات تحصیلی: تأثیر القای هیجان بر اضطراب، بار شناختی و یادگیری دانشجویان پرستاری
- نیمرخ راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دانشجویان با حساسیت بین‌فردی بالا و پایین
- نقش خودکارآمدی، چشم‌انداز زمان و فشار هم‌رنگی در گرایش به سوء‌مصرف مواد و سیگار کشیدن در دانشجویان
- تأثیر مداخله‌ی نوروفیدبک بر کیفیت زندگی، اضطراب و نشانه‌های استرس بیماران مبتلا به میگرن
- تأثیر آموزش تطابق توجه و حافظه بر حافظه‌ی کاری و سرعت پردازش در کودکان سرطانی بقایافته
- خرد و منش، عواطف و صفات سه‌گانه‌ی تاریک شخصیت: مدل معادله‌ی ساختاری



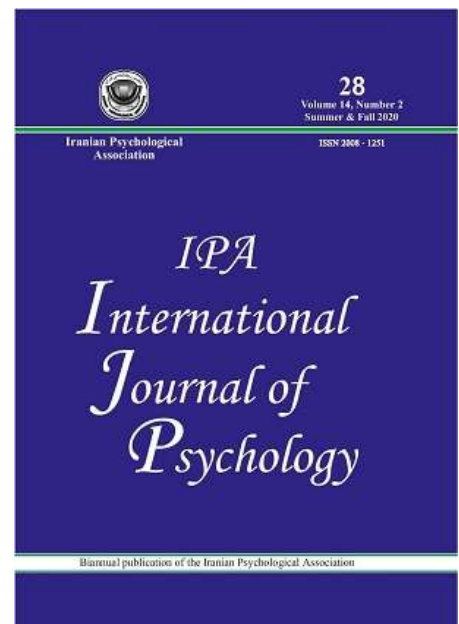
- مسند مهارگری، نشانه‌های مرضی و باورهای خرافی
- افزایش امیدواری و مدیریت خشم مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان از خلال آموزش مهارت‌های زندگی



۱۳-۲- بیست و هشتمین شماره دو فصلنامه «نشریه بین‌المللی روان‌شناسی»

در بیست و هشتمین شماره دو فصلنامه نشریه بین‌المللی روان‌شناسی مقاله‌های زیر به چاپ رسیده است:

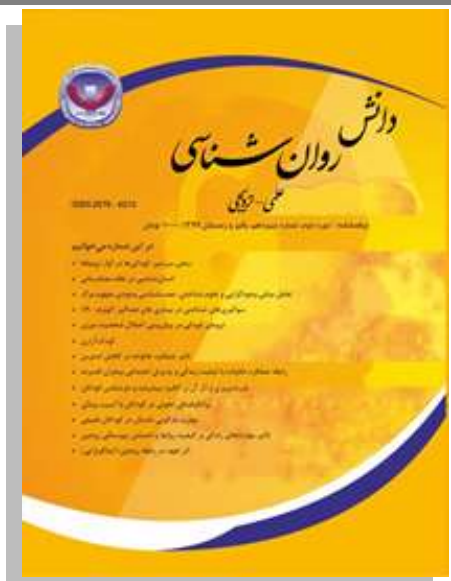
- Model of Social Well-being Based on Horizontal and Vertical Individualism-Collectivism: Intermediary Role of Social Problem-Solving
- A Comparison of the Enneagram Personality Triads based on SCL_90 Patterns in Nurses
- Comparing Cognitive Performance, Mood and Emotion Regulation in Firefighters with and without PTSD
- The Effect of Strengths-based Psychological Climate on Job Well-Being, Positive Affect and Life Satisfaction with Mediating Role of Strengths Use
- The Causal Relationship between Mental Strength and Mindfulness with Marital Satisfaction through Parental Stress
- Developing a Structural Model to Predict the Attitude towards Infidelity based on Media Consumption and Mediators of Inefficient Attitudes, Marital Conflicts, and Sexual Satisfaction
- The Mediating Role of Psychological Mindfulness in the Relationship between Psychological Capital and Psychological Well-being
- A Critical Approach to the Construct-Related Validity of Assessment Centers: A Study of the Assessment Center of the National Iranian Oil Company



۱۳-۳- سیزدهمین شماره دو فصلنامه «نشریه دانش روان‌شناسی»

در سیزدهمین شماره دو فصلنامه علمی - ترویجی نشریه دانش روان‌شناسی مقاله‌های زیر به چاپ رسیده است:

- سخن سردبیر: کودکی‌ها در آوار تروماها
- انسان‌شناسی در نظام معنادرمانی
- تعامل مبانی وجودگرایی و علوم شناختی: عصب‌شناسی وجودی مفهوم مرگ
- سوگیری‌های شناختی در بیماری‌های همه‌گیر (کووید-۱۹)
- ترومای کودکی در پیش‌بینی اختلال شخصیت مرزی
- کودک‌آزاری
- تاثیر عملکرد خانواده در کاهش استرس
- رابطه عملکرد خانواده با کیفیت زندگی و پذیرش اجتماعی بیماران افسرده
- فرزندپروری و اثر آن بر انگیزه پیشرفت و عزت‌نفس کودکان



- برانگیختگی تحولی در کودکان با آسیب بینائی
- مهارت بازگویی داستان در کودکان طبیعی
- تاثیر مهارت‌های زندگی بر کیفیت روابط و احساس پیوستگی زوجین
- اثر تعهد در رابطه زوجین (ایماگوتراپی)

۴-۱۳- چهل و چهارمین شماره دو فصلنامه «نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی»

در چهل و چهارمین شماره دو فصلنامه نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی مطالب زیر به چاپ رسیده است:

- تقلیل اثر مُدالیتة حسی بر ادراک زمان
- تقویت موفقیت توسط سرمایه روان‌شناختی از طریق تضعیف استرس شغلی در معلمان زن
- مطالعه کیفی علائم اختلالات هیجانی در برخی از اقوام ایرانی
- مهارت‌های تفکر انتقادی و سبک‌های مقابله‌ای دانشجویان با استرس ادراک‌شده زلزله
- بررسی و نقد کتاب «علم‌النفوس یا روان‌شناسی از لحاظ تربیت»
- رابطه ویژگی‌های شخصیت با مصرف و سوءمصرف مواد توهم‌زا
- ارزشیابی از منابع وب: ارائه یک سیاهه
- کتاب‌شناسی اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی
- گزارش‌های کوتاه از پژوهش‌های بالینی
- گزارش و خبر
- معرفی کتاب و مجله



- اطلاعاتیه‌ها

[بازگشت به صفحه اول](#)



۱۴- تبریک‌ها و تسلیت‌ها

❖ با کمال مسرت و خوشحالی اطلاع حاصل شده است **جناب آقای دکتر نادر منیرپور**، عضو محترم علی‌البدل هیات مدیره انجمن روانشناسی ایران و مدیر مسئول مجله روان‌شناسی سلامت بالینی، فصلنامه انجمن روان‌شناسی ایران، از مرتبه استادیاری به مرتبه دانشیاری ارتقاء یافته‌اند. هیات مدیره انجمن روانشناسی ایران و دست‌اندرکاران خبرنامه، این موفقیت چشمگیر را به ایشان تبریک گفته، برایشان آرزوی بهروزی، سلامتی و شادکامی و توفیق روزافزون دارد.

❖ با نهایت تأثر و تأسف درگذشت همکار عزیزمان **خانم دکتر حمیده عسکری** که از اولین مدافعین سلامت روان در دوران همه‌گیری **COVID-19** بودند را به خانواده محترم ایشان و جامعه روان‌شناسی تسلیت می‌گوییم. دکتر حمیده عسکری همکار مرکز مشاوره دانشگاه تهران و بیمارستان ۵۰۵ ارتش بودند و از زمان آغاز به کار سامانه سلامت روان در ۴۰۳۰ فعالیت‌های ارزشمندی با اداره سلامت روان داشتند.

روحش شاد و یادش گرامی



۱۵- شرایط و تسهیلات عضویت در انجمن روان‌شناسی ایران

اعضای انجمن با پرداخت به موقع حق عضویت خود می‌توانند گامی مؤثر در ادامه‌ی فعالیت‌های انجمن برداشته و ما را در پیشبرد اهدافمان یاری دهند که برای سهولت در امر عضویت از ابتدای سال ۱۳۹۵ ثبت نام به صورت الکترونیکی انجام خواهد گرفت.

● **نظر به اینکه در هر دوره عضویت، صرفاً یک کارت برای اعضا صادر میگردد، تغییر نوع عضویت در طول دوره امکان پذیر نیست. لذا خواهشمندیم چنانچه طی یک سال (یا دو سال) آینده، مقطع تحصیلی شما ارتقاء می یابد، لطفاً حسب مورد، نسبت به عضویت یکساله (یا دو ساله) اقدام نمایید.**

لازم است قبل از شروع به ثبت نام عضویت، "فایل اسکن" هر یک از مدارک زیر را در قالب JPG و در اندازه ای کمتر از ۱۰۰ کیلو بایت آماده بفرمایید

- اسکن مکتب پرستی ۳٪
- اسکن کارت ملی (یا اسکن صفحه اول شناسنامه)
- اسکن آخرین مدرک تحصیلی (برای دانشجویان اسکن کارت دانشجویی)
- اسکن مدرک ارزشیابی شده وزارت علوم (برای دانش آموختگان دانشگاه های خارج از کشور)
- تصویر رسید پرداخت حق عضویت



مراحل ثبت نام



تर्फه های حق عضویت طبق مصوبه مجمع عمومی انجمن روان شناسی ایران قابل واریز از طریق کارت شماره ۰۴۷۹-۱۵۴۶-۸۶۱۰-۶۳۱۹ نزد بانک سامان

نوع عضویت	بیمانه با هزینه پست	نوساله با هزینه پست (۱۰ درصد تخفیف)	سه ساله با هزینه پست (۲۰ درصد تخفیف)
پوسته دکتری (فارغ التحصیلان دکتری تخصصی)	۴۴,۰۰۰ تومان	۷۵,۵۰۰ تومان	۱۰۲,۵۰۰ تومان
پوسته ارشد (فارغ التحصیل کارشناسی ارشد و دانشجوی دکتری روانشناسی و مشاوره)	۲۹,۰۰۰ تومان	۳۷,۰۰۰ تومان	۶۲,۰۰۰ تومان
واکنش (فارغ التحصیل کارشناسی یا دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی و مشاوره)	۲۲,۰۰۰ تومان	۲۵,۶۰۰ تومان	۲۶,۸۰۰ تومان
دانشجویی (دانشجوی کارشناسی روانشناسی و مشاوره)	۱۶,۰۰۰ تومان	۲۲,۳۰۰ تومان	۲۷,۹۰۰ تومان

- حداکثر ده روز کاری پس از تکمیل و ارسال این فرم - در صورت ناپدید مدارک، مراتب پذیرش و عضویت شما از طریق ایمیل اطلاع رسانی می گردد.
- از آن پس می توانید با نام کاربری و رمز عبور شخصی خود وارد سایت شده و از خدمات ویژه اعضا استفاده نمایید.
- متعاقباً کارت عضویت نیز از طریق پست به نشانی ذکر شده در فرم ثبت نام شما ارسال می گردد.

برای شروع ثبت نام روی لینک زیر کلیک کنید

فرم عضویت در انجمن روانشناسی ایران

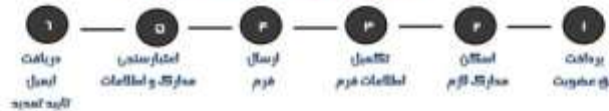
• نظر به اینکه در هر دوره عضویت، صرفاً یک کارت برای اعضا صادر میگردد، تغییر نوع عضویت در طول دوره امکان پذیر نیست. لذا خواهشمندیم چنانچه طی یک سال (یا دو سال) آینده، مقطع تحصیلی شما ارتقاء می یابد، لطفاً حسب مورد، نسبت به عضویت یکساله (یا دو ساله) اقدام نمایید.

لازم است قبل از شروع به تکمیل فرم تمدید عضویت، "فایل اسکن" هر یک از مدارک زیر را در قالب JPG و در اندازه ای کمتر از ۱۰۰ کیلو بایت آماده بفرمایید

- اسکن عکس پرسنلی ۳×۴
- اسکن کارت ملی (یا اسکن صفحه اول شناسنامه)
- اسکن آخرین مدرک تحصیلی (برای دانشجویان اسکن کارت دانشجویی)
- اسکن مدرک ارزشیابی شده وزارت علوم (برای دانش آموختگان دانشگاه های خارج از کشور)
- تصویر رسیده برداشت حق عضویت



مراحل تمدید عضویت



تعارف های حق عضویت طبق مصوبه مجمع عمومی انجمن روان شناسی ایران قابل واریز از طریق کارت شماره ۰۴۷۹-۱۵۴۶-۸۶۱۰-۶۲۱۹ نزد بانک سامان

نوع عضویت	یکساله یا هزینه پست	دوساله یا هزینه پست (۱۰ درصد تخفیف)	سه ساله یا هزینه پست (۲۰ درصد تخفیف)
پیوسته دکتری (فارغ التحصیل دکتری تخصصی)	۴۴,۰۰۰ تومان	۷۵,۰۰۰ تومان	۱۰۴,۰۰۰ تومان
پیوسته ارشد (فارغ التحصیل کارشناسی ارشد و دانشجوی دکتری روانشناسی و مشاوره)	۲۹,۰۰۰ تومان	۴۷,۰۰۰ تومان	۶۲,۰۰۰ تومان
وابسته (فارغ التحصیل کارشناسی یا دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی و مشاوره)	۲۲,۰۰۰ تومان	۳۵,۰۰۰ تومان	۴۶,۰۰۰ تومان
دانشجویی (دانشجوی کارشناسی روانشناسی و مشاوره)	۱۶,۰۰۰ تومان	۲۲,۰۰۰ تومان	۲۷,۰۰۰ تومان

- حداکثر ده روز کاری پس از تکمیل و ارسال این فرم، در صورت تأیید مدارک، مراتب پذیرش و عضویت شما از طریق ایمیل اطلاع رسانی می گردد.
- متعاقباً کارت عضویت جدید نیز از طریق پست به نشانی ذکر شده در فرم ثبت نام شما ارسال می گردد.

لطفاً برای تمدید عضویت روی لینک زیر کلیک کنید

فرم تمدید عضویت در انجمن روانشناسی ایران



- برای اینکه در فرآیند ثبت نام با مشکل روبه رو نشوید از مرورگر کروم (آخرین نسخه) استفاده نمایید.
- * شایان ذکر است: مطابق مصوبه‌ی هیأت‌مدیره‌ی انجمن، از ابتدای سال ۱۳۸۶، علاوه بر سایر امتیازات عضویت در انجمن، شامل تخفیف در کارگاه‌های آموزشی، حق عضویت شامل اشتراک مجله‌ی «روان‌شناسی معاصر» برای همه‌ی اعضای می‌باشد که حق عضویت خود را پرداخت و یا تمدید عضویت نموده‌اند.
- تمامی اعضای انجمن با رمز عبوری که در اختیار آنها قرار خواهد گرفت، به مجله «روان‌شناسی معاصر» و اعضای پیوسته به مجلات «بین‌المللی روان‌شناسی» و «پژوهش‌های روانشناختی» انجمن روان‌شناسی ایران به‌صورت الکترونیک، دسترسی خواهند داشت.

یادآوری

- ۱- عضویت در انجمن روان‌شناسی ایران یک‌ساله است و لازم است اعضاء نسبت به تمدید عضویت خود به موقع اقدام کنند. اعضای محترم انجمن روان‌شناسی ایران، با عضویت دو ساله و سه ساله از تخفیف ۱۰ درصد و ۲۰ درصد و صرفه جویی در هزینه پست برخوردار شوید. نظر به اینکه در هر دوره عضویت صرفاً یک کارت برای اعضا صادر می‌گردد، تغییر نوع عضویت در طول دوره امکان پذیر نیست. لذا خواهشمندیم چنانچه طی یک سال یا دو سال آینده، مقطع تحصیلی شما ارتقاء می‌یابد، لطفاً حسب مورد، به عضویت یکساله یا دوساله اقدام نمایید. چنانچه مدرک تحصیلی تغییری ندارد می‌توانید عضویت سه ساله را انتخاب نمایید.
 - ۲- اعضای محترم اگر تغییری در آدرس اعم از پلاک، تلفن و یا ایمیل دارند خواهشمند است سریعاً نسبت به اصلاح اطلاعات شخصی خود از طریق سایت انجمن (با ورود به صفحه کاربری خود) اقدام فرمایند.
 - ۳- اعضای مقیم خارج از کشور
- دانشجویان و استادان ایرانی مقیم خارج از کشور نیز برای عضویت در انجمن روان‌شناسی ایران می‌توانند از طریق سایت انجمن اقدام فرمایند.
- شایان ذکر است برای ارسال کارت عضویت انجمن، آدرس پستی ایران مورد نیاز است.

در تدوین و توزیع خبرنامه انجمن مشارکت کنیم

پیام‌های الکترونیکی و بازخوردهای حضوری گویای این است که خبرنامه انجمن روان‌شناسی ایران، جایگاه نسبتاً خوبی را در اطلاع‌رسانی رویدادهای روان‌شناختی پیدا کرده است و به وسیله‌ای مؤثر در تبادل اخبار رویدادهای روان‌شناختی میان روان‌شناسان کشورمان تبدیل شده است. شما همکار گرامی، استاد گران‌قدر و دانشجوی عزیز می‌توانید با اظهارنظر در خصوص محتوای خبرنامه، از طریق ارسال مطالب و خبر به خبرنامه، و با ارسال خبرنامه به روان‌شناسانی که ایمیل آن‌ها را در اختیار دارید در به اشتراک گذاشتن اخبار و دیدگاه‌ها میان روان‌شناسان کشورمان سهیم شوید. بدیهی است، مطالب با ذکر نام فرد ارسال‌کننده در خبرنامه درج خواهد شد. همچنین از عزیزانی که به هر طریقی با خبرنامه همکاری داشته باشند با ذکر نام تشکر به عمل خواهد آمد.

همکار ارجمند، عضو محترم انجمن روان‌شناسی ایران

مایه‌ی مسرت و خوشحالی است که با احساس مسئولیت علمی و حرفه‌ای خود در انتشار خبرنامه انجمن مشارکت می‌نمایید. اگرچه ارسال خبرنامه‌ی حاضر به فهرست دوستانتان که ایمیل آن‌ها را در صندوق پست الکترونیکی خود دارید ممکن است زمان و انرژی بالایی از شما صرف نکند، و هرچند شما تأثیر این گامتان را در توسعه‌ی علمی رشته روان‌شناسی کوچک ارزیابی نمایید، اما مطمئن باشید همین مجموعه تلاش‌ها راهی بسیار مؤثر در تحقق اهداف انجمن روان‌شناسی ایران یعنی

گسترش، پیشبرد و ارتقاء علم روان‌شناسی؛ توسعه‌ی کمی و کیفی نیروهای تخصصی؛ و بهبود بخشیدن به امور آموزشی و پژوهشی

حوزه‌ی روان‌شناسی خواهد بود.