

بهروان

نشریه تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی

شماره شصت و پنجم / سال شانزدهم

تابستان ۱۴۰۳

بهروان

نشریه تخصصی روان‌شناسی و روان‌پزشکی

شماره ۶۵ / سال شانزدهم / تابستان ۱۴۰۳

شناسنامه اثر

مدیر مسئول: دکتر محمدرضا غلامی

سردبیر: دکتر نسرين جابر قادری

مدیر اجرایی: دکتر زهرا السادات مهدیون

گرافیک و صفحه آرایی: سارا زارعی

همکاران این شماره: سهیلا امیدی، زهره داودیان، سارا رضایی اصل، فاطمه صادقی، دکتر محمدعلی صالحی فر، الهام نظری

فهرست

- | | |
|----|--|
| ۲ | سخن سردبیر |
| ۳ | آشنایی مقدماتی با داروهای روانپزشکی |
| ۴ | مهارکننده‌های باز جذب انتخابی سروتونین (SSRI) در درمان افسردگی |
| ۷ | مروری بر اهمیت حمایت اجتماعی در پیشگیری از خودکشی |
| ۹ | حقوق مراجعین از دیدگاه‌های مختلف |
| ۱۲ | خطاهای رایج بالینی |
| ۱۴ | ۹ راهکار برای تحکیم پایه‌های خانواده |
| ۱۶ | راه‌های ارتباطی |

سخن سر دیر

دکتر نسرین جابر قادری

مدیر مرکز مشاوره مبتنی بر سبک زندگی اسلامی ایرانی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



هدف ارزیابی و مصاحبه بالینی شناخت اختلالات، ماشه چکان ها و عوامل نگهدارنده علائم و نقاط قوت بیماران است. اما کمتر درمان گری بر نقاط قوت و توانمندی های بیمارش تمرکز می کند. مگر هدف غایی هر ارزیابی یافتن راهی برای بهبود بیماران نیست؟ پس چرا روان شناسی و روان پزشکی صرفا به وظیفه کاهش علائم روان پزشکی اکتفا کرده است؟ آیا با حذف علائم بیماری بهبودی کامل حاصل می شود و فرد کیفیت زندگی بهتری پیدا می کند؟ مثلا با حذف توهمات و هذیان های یک بیمار اسکیزوفرنیا بهبودی کامل حاصل می شود و او از آن چه بوده وضعیت بهتری می یابد؟ پس این حذف کردن ها که گاهی به حذف حیثیت بیمار به دلیل انگ بیماری روانی نیز می انجامد انگار به تنهایی نمی تواند مأموریت روان شناسی را که رشد و شکوفایی انسان است را حاصل کند.

بر اساس نظریه توانمندی ها بهبودی بیماران نه تنها با تکیه صرف بر حذف علائم بیماری بلکه با تمرکز بر توانمندی ها و نقاط قوت آن ها حاصل می شود. پس شناخت بخشی از منش بیمارگونه مراجع و بخش سالمش که او را به سوی درمان هدایت کرده است مسیر درست درمان را آشکار می کند. درست مانند ورزشکاری که عضلات قوی خود را شناخته و از آن ها برای بهبود عضلات ضعیفش استفاده می کند. درمان گر باید توانمندی های بیمارش را بشناسد و با تکیه بر آن ها سلامت روانی او را ارتقا دهد. این منابع شامل منابع جسمانی مثل سلامت بدن، منابع اجتماعی مانند شبکه دوستان و مهارت ها، منابع ذهنی مثل دانش و منابع روان شناختی مثل تاب آوری، امید و خلاقیت می تواند باشد.

آشنایی مقدماتی با داروهای روان‌پزشکی

داروهای محرک

دکتر محمدعلی صالحی فر

روان‌پزشک دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

داروهای محرک دسته‌ای از داروها هستند که فعالیت مغز را افزایش می‌دهند. آن‌ها برای اهداف مختلفی مانند افزایش هوشیاری، توجه، انگیزه، شناخت، خلق و خو و عملکرد فیزیکی استفاده می‌شوند.

محرک‌ها با تأثیر بر سطوح انتقال دهنده‌های عصبی خاص مانند دوپامین، نوراپی نفرین، سروتونین، هیستامین و استیل کولین در سیناپس‌های بین نورون‌ها عمل می‌کنند.

محرک‌ها گاهی اوقات با اتصال به گیرنده‌های انتقال دهنده‌های عصبی نیز عمل می‌کنند. این انتقال دهنده‌های عصبی عملکردهای مختلفی مانند برانگیختگی، توجه، سیستم پاداش، یادگیری، حافظه و احساسات را تنظیم می‌کنند.

محرک‌ها سابقه طولانی در استفاده چه برای مقاصد پزشکی و چه غیر پزشکی دارند. آن‌ها برای درمان بیماری‌های مختلف مانند نارکولپسی، اختلال کمبود توجه بیش فعالی، چاقی، افسردگی و خستگی در بیماران مبتلا به سرطان استفاده شده‌اند.

با این حال، محرک‌ها همچنین دارای خطرات و عوارض جانبی بالقوه‌ای مانند اعتیاد، تحمل (افزایش نیاز به دارو)، روان‌پریشی، اضطراب، بی‌خوابی، مشکلات قلبی عروقی و مسمومیت عصبی هستند. استفاده نادرست و سوء استفاده از محرک‌ها می‌تواند منجر به پیامدهای جدی سلامتی و اجتماعی مانند مصرف بیش از حد، وابستگی، جرم و جنایت و خشونت شود. بنابراین استفاده از محرک‌ها در اکثر کشورها توسط قوانین و سیاست‌ها تنظیم می‌شود و نیاز به نظارت و تجویز پزشکی دارد.

معروف‌ترین داروهای این گروه شامل متیل فنیدیت (ریتالین) لیس دگزامتامین (ویاس) مودافینیل و آتوموکستین هستند.

کاربردهای اصلی این داروها در درمان اختلالات بیش فعالی کم توجهی کودکان و بزرگسالان، حملات خواب، پرخوری عصبی و کمک به درمان افسردگی هستند.

تجویز این داروها فقط با تشخیص روان‌پزشک و برای مقاصد درمانی مجاز است.

گاهی اوقات این داروها جهت کمک به توجه در امتحانات و سرخوشی و افزایش انرژی مورد سواستفاده قرار می‌گیرند.

شایع‌ترین عوارض جانبی شامل: اضطراب، کاهش اشتها، سردرد، افزایش فشار خون، طپش قلب، تحریک پذیری، بی‌خوابی و در مقادیر بالاتر از مقدار درمانی، توهم و هذیان و تشنج هستند. تاکید می‌شود که از مصرف خودسرانه و بدون مشورت با روان‌پزشکان اکیدا خودداری شود.

این داروها پتانسیل وابستگی شدید روانی در افرادی که نیاز درمانی به این داروها را ندارند را دارا هستند.



مهارکننده‌های باز جذب انتخابی سروتونین (SSRI) در درمان افسردگی

زهره داودیان

روانشناس و مسئول اداره مشاوره مبتنی بر سبک زندگی اسلامی- ایرانی
دانشگاه علوم پزشکی ایلام



جانبی نسبتاً خوش خیم SSRI ها به دلیل انتخابی بودن آنهاست و تاثیرات جانبی هم که رخ می دهد به تاثیر آنها بر گیرنده های سروتونین نسبت داده شده اند.

رایج ترین SSRI های تجویز شده فلوکستین، سرتالین، پاروکستین، سیتالوپرام و اس سیتالوپرام هستند. شواهد کافی برای ارجحیت یک SSRI بر دیگری وجود ندارد و انتخاب یک SSRI خاص بر اساس هزینه، تحمل بیمار و تجربه درمانگر است زیرا کفایت داروها در ظاهر مشابه است.

▼ اصول کلی در تجویز

پیش از تجویز SSRI اثرات جانبی، زمان پاسخ دهی، تداخلات دارویی و قطع دارو را باید با بیمار

مهارکننده های باز جذب انتخابی سروتونین (SSRI)، اغلب به دلیل قابل تحمل بودن، کارایی و ایمنی عمومی آنها در OVER DOSE به عنوان خط اول داروهای ضد افسردگی استفاده می شوند. به نظر می رسد SSRI ها افسردگی را به وسیله افزایش فعالیت های سروتونین درمان می کنند، آنها از این نظر انتخابی هستند که تمایل کمی به دیگر گیرنده ها دارند. همه SSRI ها به شدت باز جذب را ۶۰ تا ۸۰ درصد افزایش می دهند. این عمل مدت زمان حضور سروتونین در سیناپس و اشغال گیرنده های پس سیناپسی را افزایش می دهد. مهار بازجذب خیلی زود بعد از مصرف SSRI آغاز می شود اما تاثیر درمانی آن ممکن است برای سه تا هشت هفته (بلکه بیشتر) پس از آغاز درمان مشاهده نشود. عوارض

دوز را افزایش داد. افزایش دوزهای بعد در فاصله یک تا چهار هفته انجام شود.

بیمارانی که از یک دوره افسردگی شدید بهبود یافته اند، می باید یک درمان ثابت با حداکثر دوزی که با آن درمان شده اند، داشته باشند نه دوز کمتری. بیماران افسرده با اختلال اضطراب همراه، ممکن است در صورتی که با نصف داروها دوز پیشنهادی آغاز شود، داروها را بهتر تحمل کنند. تطابق دوز بر اساس پاسخ بیمار، قابلیت پذیرش دارو و فوریت بالینی انجام می شود.

برای سیتالوپرام دوز در دامنه ۲۰ تا ۴۰ میلی گرم روزانه قرار دارد. دوز آغازین برای سرتالین ۲۰ میلی گرم در صبح پیشنهاد می شود. بیماران مسن و آنهایی که به عوارض جانبی دارو حساس هستند می توانند با ۱۰ میلی گرم شروع کنند. طی یک ۱ تا ۴ هفته می توان دوز را به میزان ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم افزایش داد و تجویز بیش از ۴۰ میلی گرم آن مجاز نیست.

برای اس سیتالوپرام دوز رایج ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم روزانه است. دوز آغازین برای سرتالین ۱۰ میلی گرم است. بیماران مسن و آنهایی که به عوارض جانبی دارو حساس هستند میتوانند با ۵ میلی گرم در روز شروع کنند. طی یک ۱ تا ۴ هفته می توان دوز را به میزان ۵ تا ۱۰ میلی گرم افزایش داد؛ دوز تا ۳۰ میلی گرم در روز نیز استفاده شده است.

برای فلوکستین دامنه استاندارد دوز ۲۰ تا ۴۰ میلی گرم روزانه است. دوز آغازین ۲۰ میلی گرم است. بیماران مسن و آنهایی که به عوارض جانبی دارو حساس هستند می توانند با ۱۰ میلی گرم در روز شروع کنند. طی یک ۱ تا ۴ هفته می توان دوز را به میزان ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم افزایش داد؛ دوز تا ۸۰ میلی گرم در روز نیز استفاده شده است.

دوز استاندارد فلوکسامین در دامنه ۵۰ تا ۲۰۰ روزانه و با دوز آغازین ۵۰ میلی گرم در زمان خواب می باشد. بیماران مسن و آنهایی که به عوارض جانبی دارو حساس هستند می توانند با دوز ۲۵ میلی گرم در روز شروع کنند و هر چند روز تا دو هفته دوز دارو را افزایش دهند. دوز بالاتر از ۱۰۰ میلی گرم روزانه باید دو بار در روز مصرف شود که دو دوز ممکن است برابر باشند یا بخش بیشتر آن هنگام خواب مصرف شود. این دارو تا دوز ۳۰۰ میلی گرم روزانه نیز تجویز می شود.

برای پاروکستین دامنه استاندارد دوز ۲۰ تا ۴۰ میلی گرم روزانه است. دوز آغازین ۲۰ میلی گرم است. بیماران مسن و آنهایی که به عوارض جانبی دارو حساس هستند می توانند با ۱۰ میلی گرم در روز

مورد بحث قرار داد. به بیماران باید گفت که اگر چه ممکن است در طی دو هفته اول درمان پاسخ هایی دیده شود اما چندین هفته تا رسیدن به درمان کامل به طول می انجامد، شدت بیماری و علت شیوع آن بر سرعت پاسخ بیماران به درمان اثر می گذارد. به علاوه درمان گران باید در مورد عوارض قطع ناگهانی مصرف دارو همچون بی قراری، سرگیجه، مشکلات گوارشی، خستگی، ناامیدی و درد عضلانی به بیمار اطلاعات کافی دهد. لازم به ذکر است این علایم در مصرف پاروکستین و فلوکسامین به دلیل اینکه نیمه عمر کمتری دارند بیشتر است و در مصرف فلوکستین که نیمه عمر طولانی تری دارد بیشتر است.

▼ بارداری

به طور واضح مشخص نیست که SSRI ها در ایمنی برای استفاده در دوران بارداری تفاوتی داشته باشند. فلوکستین در ظاهر ایمن است در حالی که پاروکستین ممکن است با افزایش خطر ابتلا به مشکلات قلبی مادرزادی همراه باشد.

▼ تجویز

زمان و مقدار هر دوز در بین SSRI ها متفاوت است. SSRI ها به طور کلی یک بار در روز مصرف می شوند زیرا نیمه عمر کلیرانس آنها حدود ۲۴ ساعت است. فلوکسامین وقتی بیش از ۱۰۰ میلی گرم باشد، به دلیل نیمه عمر کوتاه آن به دو دوز در روز تقسیم می شود.

درمان گران اغلب پیشنهاد می کنند که بیماران SSRI ها را در صبح مصرف کنند تا بی خوابی به حداقل برسد. فلوکسامین اغلب هنگام خواب در دوز ۱۰۰ میلی گرم یا کمتر مصرف می شود و بیمارانی که با دیگر SSRI ها خواب آلودگی دارند می توانند آن را هنگام خواب مصرف کنند. سرتالین تنها داروی SSRI است که جذب آن با مصرف غذا افزایش می یابد. اگر چه مصرف دیگر داروهای این خانواده با معده پر منجر به افزایش جذب نمی شود اما به پیشگیری از مشکلات گوارشی کمک می کند.

▼ دوز بندی هر یک از SSRI ها

جهت اجتناب از عوارض جانبی پیشنهاد می شود که درمان با حداقل دوز موثر آغاز شود و در صورت نیاز به تدریج دوز اضافه شود. یافتن دوز مناسب یک فرایند آزمون و خطاست، بعد از آغاز یک SSRI پاسخ بیمار در طی چهار هفته بعد باید بررسی شود، در صورتیکه پاسخ مناسب مشاهده نشود ولی پذیرش دارو با حداقل دوز موثر خوب باشد می توان به تدریج

▼ خطر خودکشی

داروهای ضد افسردگی به طور کلی خطر تمایل به خودکشی را در افراد ۱۸ تا ۲۴ سال افزایش می‌دهند، در سن ۲۵ تا ۳۵ سال تاثیری ندارند و ممکن است در بیماران بالای ۳۱ سال این خطر را کاهش دهند. همچنین می‌باید توجه داشت که افسردگی درمان نشده ممکن است منجر به خودکشی شود.

▼ افزایش بیش از حد دوز

مصرف بیش از حد یک SSRI به ندرت باعث مرگ یا نتایج خطرناک می‌شود. مصرف تا ۳۰ برابر دوز روزانه باعث بروز حداقل علائم یا فاقد علامت می‌شود، در حالی که مصرف بیشتر باعث خواب‌آلودگی، لرزش و آشفتگی دستگاه گوارش می‌شود. به علاوه مصرف بیش از حد ممکن است باعث بروز سندرم سروتونین شود. تقریباً تمام مرگ‌های ناشی از مصرف بیش از حد SSRIها به دلیل دوزهای خیلی زیاد یا مصرف همزمان با دیگر داروها بوده است.

▼ منبع

فارماکوپه بیماریهای اعصاب و روان از سال ۱۹۰۰ تا ۲۰۱۳ میلادی؛ موسوی ارفع، سید مصطفی و کاظمی، هادی؛ ۱۳۹۲، انتشارات میر ماه

شروع کنند. طی یک ۱ تا ۴ هفته می‌توان دوز را به میزان ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم افزایش داد؛ دوز بیش از ۵۰ میلی گرم روزانه نیز استفاده می‌شود.

سرترالین با دوز آغازین ۵۰ میلی گرم در صبح و در بیماران مسن یا حساس به عوارض جانبی با دوز ۲۵ میلی گرم در روز تجویز می‌شود. دامنه دوز استاندارد ۵۰ تا ۱۵۰ و ۲۰۰ میلی گرم یک بار در روز است. میتوان این دوزها را در مقادیر ۲۵ یا ۵۰ میلی گرم در هر هفته تا چهار هفته افزایش داد. دوز بالای ۳۰۰ میلی گرم روزانه نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. این دارو هنگام مصرف به همراه غذا سریع تر جذب می‌شود.

▼ عوارض جانبی

بعضی بیماران با SSRI یک ضعف، کاهش انرژی ذهنی یا حساسیت هیجانی را گزارش می‌کنند. دیگر عوارض دارویی شامل تعریق، اسهال، افزایش پرولاکتین خون، علائم اکسترا پیرامیدال و هورمون‌های ادراری نامناسب می‌باشد. حالت تهوع و خواب‌آوری احتمال بیشتری دارد که با مصرف پاروکستین و فلوکسامین، اسهال در سرترالین و فعال بودن با فلوکستین و سرترالین رخ می‌دهند. این داروها همچنین منجر به اختلالات جنسی در زنان و مردان، تغییر وزن، خونریزی، پوکی و شکستگی استخوان می‌شوند.



مروری بر اهمیت حمایت اجتماعی در پیشگیری از خودکشی

فاطمه صادقی

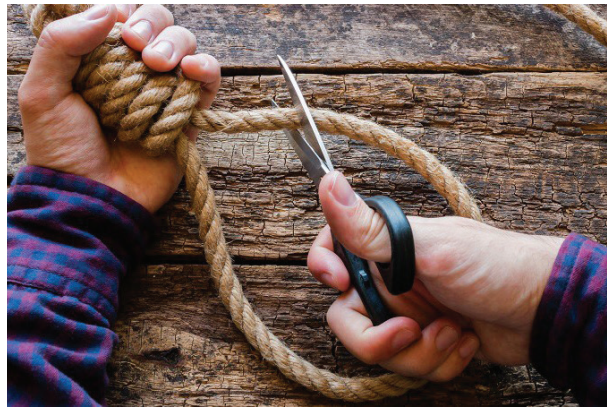
کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی
دانشگاه علوم پزشکی کرمان



به مشکلات خود از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی کمک نمی‌گیرند.

خودکشی یک مشکل جهانی است که افراد را در تمام گروه‌های سنی تحت تاثیر قرار می‌دهد. این دومین عامل مرگ و میر در بین جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله است و احتمال آن در افراد بالای ۷۰ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی در هر دو جنس است. خودکشی به مرگ زودرس می‌انجامد و تأثیرات قابل توجهی بر زندگی فردی و کل جامعه دارد. آمارها نشان می‌دهند که تعداد مرگ و میرهای ناشی از خودکشی بسیار بیشتر از تعداد مرگ‌های ناشی از جنگ است و به ازای هر مرگ ناشی از جنگ، پنج مورد مرگ ناشی از خودکشی وجود دارد.

خودکشی یک مشکل بهداشت عمومی جدی در جامعه امروز است که متأسفانه در جوامع امروزی شیوع بالایی پیدا کرده است. هر ۴۰ ثانیه یک نفر در جهان بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهد. در حالی که تعداد تخمینی موارد خودکشی در سراسر جهان بیش از ۸۰۰۰۰۰ در سال است، این ارقام دامنه کامل این مشکل را نشان نمی‌دهد. بیشتر موارد رفتار خودکشی پنهان می‌ماند، این یک معضل فردی-اجتماعی است که بسیار شبیه به کوه یخی است که در زیر سطح آب فرو رفته باشد. به ازای هر مرگ ناشی از خودکشی، تقریباً ۱۰ تا ۴۰ اقدام به خودکشی وجود دارد. علاوه بر این، تعداد قابل توجهی از مردم افکار خودکشی دارند اما برای رسیدگی



خودکشی یک پدیده چندوجهی بوده که تحت تأثیر عوامل مختلف روانی، اجتماعی، رفتاری و بین فردی قرار دارد. اگرچه فشار روانی به عنوان یک عامل خطر رایج شناخته شده است، اما تحقیقات نشان می‌دهد که فقدان ارتباط اجتماعی دلیل مهمتری است. بنابراین حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل حیاتی ظاهر می‌شود که می‌تواند تاب آوری را تقویت کند. چندین مطالعه به طور مداوم ارتباط معکوس بین حمایت اجتماعی و خودکشی را نشان داده‌اند. مک کلاهی و همکاران در یک مطالعه مقطعی نقش میانجی همزمان حمایت اجتماعی خانواده و حمایت اجتماعی همسالان را بر ارتباط بین افشای اقدام به خودکشی و عوامل خطر خودکشی را در ۱۴۹ دانشجوی مقطع کارشناسی با سابقه یک یا چند اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که حمایت اجتماعی خانواده و همچنین حمایت اجتماعی همسالان به طور همزمان رابطه بین خودکشی و افسردگی را میانجی می‌کنند. همچنین Gill و همکاران نیز در بررسی ۴۸۰ دانشجوی استرالیایی گزارش کرده‌اند که فشار روانی یک پیش‌بینی کننده قوی افکار خودکشی است که حمایت اجتماعی و خانوادگی نقش مهمی در کاهش آن دارد. به طور کلی، این یافته‌ها اهمیت ارتباط و حمایت اجتماعی را در خودکشی تأیید می‌کنند.

یکی از جنبه‌های مهم حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی ارائه شده توسط شبکه‌های حمایتی مانند خانواده‌ها است که می‌تواند احساس تنهایی و ناامیدی را که اغلب با افکار خودکشی همراه است کاهش دهد. حمایت اجتماعی حس تعلق و ارتباط را تقویت می‌کند و نیاز اساسی انسان به تعامل اجتماعی را برطرف می‌کند. هنگامی که افراد دارای ارتباط نزدیک و صمیمانه با دیگران هستند، احساس تعلق دارند و کمتر احساس انزوا و بیگانگی خواهند کرد. شبکه‌های حمایت اجتماعی توصیه‌های عملی، راهنمایی و راهبردهای مقابله‌ای را ارائه می‌دهند و افراد را با ابزارهای موثر برای مدیریت عوامل استرس‌زا و هدایت موقعیت‌های چالش برانگیز مجهز می‌کنند. با به اشتراک گذاشتن تجربیات و تکنیک‌های حل مسئله، حمایت اجتماعی توانایی افراد را برای مقابله با ناملایمات افزایش می‌دهد و احتمال

افکار یا رفتارهای خودکشی را کاهش می‌دهد. حمایت اجتماعی به عنوان یک محافظ در برابر استرس عمل می‌کند و انعطاف‌پذیری و عزت نفس را افزایش می‌دهد. با توجه به این مکانیسم‌ها، مداخلات با هدف تقویت حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیر عمیقی بر کاهش افکار و پیشگیری رفتارهای خودکشی گرایانه داشته باشد. به هر حال درویشی و همکاران در یک مطالعه فراتحلیلی گزارش کرده‌اند که حمایت اجتماعی بالا به طور قابل توجهی خطر افکار خودکشی، برنامه ریزی برای خودکشی، اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از خودکشی را کاهش می‌دهد. به هر حال باید اشاره کرد که نتایج در برخی مطالعات به گونه‌ای است که نشان می‌دهد در رابطه بین حمایت اجتماعی و رفتارهای خودکشی گرایانه ممکن است عوامل اثرگذار دیگری نیز نقش داشته باشند.

جمع بندی

به طور کلی، اگر چه نتایج نشان‌دهنده ارتباط بین حمایت اجتماعی و کاهش خطر رفتارهای خودکشی گرایانه است، تحقیقات بیشتری از جمله مطالعات آینده‌نگر و آزمایش‌های مداخله‌ای برای تعیین رابطه علی و درک بهتر مکانیسم‌های موثر مورد نیاز است. سیاست‌گذاران می‌توانند از این شواهد برای اطلاع‌رسانی در طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر جامعه استفاده کنند که بر اهمیت حمایت اجتماعی در تلاش‌های پیشگیری از خودکشی تأکید دارد. علاوه بر این، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، از جمله روانشناسان و روانپزشکان، می‌توانند مداخلاتی را که ارتباط اجتماعی و حمایت را ارتقا می‌دهد، در برنامه‌های درمانی خود برای بیمارانی که در معرض خطر خودکشی قرار دارند، بگنجانند.

منابع

۱. McClay MM, Brausch AM, O'Connor SS. Social support mediates the association between disclosure of suicide attempt and depression, perceived burdensomeness, and thwarted belongingness. Suicide Life Threat Behav. ۲۰۲۰;۵۰(۴):۸۸۴-۹۸.
۲. Hu FH, Jia YJ, Zhao DY, Fu XL, Zhang WQ, Tang W, Hu SQ, Wu H, Ge MW, Du W, Shen WQ, Chen HL. Gender differences in suicide among patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. ۲۰۲۳;۳۳۹:۶۰۱-۶۱۴.
۳. Darvishi N, Farhadi M, Poorolajal J. The role of social support in preventing suicidal ideations and behaviors: a systematic review and meta-analysis. J Res Health Sci. ۲۰۲۴;۲۴(۲):۶۰۹-۶۰۰.

حقوق مراجعین از دیدگاه های مختلف

سارا رضایی اصل

کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی
واحد مشاوره دانشگاه علوم پزشکی اسرآباد



تاریخچه
توجه
به
حقوق
مراجعان

تا دهه ۱۹۵۰، به حقوق بیماران توجه نمی شد. پزشکان تا آن زمان از نظر اخلاقی و قانونی نیازی به اینکه به بیماران در مورد بیماریشان یا فرایند درمان توضیح بدهند و یا رضایت آن ها را کسب کنند نمی دیدند. در آن زمان ها بیمار باید مطیع بود و پزشک تصمیم گیرنده. از زمانی که بیماران در شکایت های قانونی خود از پزشکان به علت سهل انگاری برنده شدند، کم کم توجه به حقوق بیماران جلب شد. در سال ۱۹۷۰ قانونی به تصویب رسید که بر اساس آن بیماران این حق را پیدا کردند که از بیماری خود اطلاع پیدا کرده و بتوانند با آگاهی در مورد درمان خود تصمیم بگیرند. به دنبال آن قانونی وضع شد که بر اساس آن پزشکان موظف شدند که به صورت مستند، اطلاعات ضروری را در اختیار بیماران قرار بدهند تا بیماران بتوانند در مورد درمان خود تصمیم بگیرند.

شما به عنوان مراجع چه حقوقی در جلسه روان درمانی دارید؟

شما به عنوان یک مراجع دارای حق و حقوق خاصی هستید، که دانستن این حقوق به شما کمک می‌کند از آسیب‌هایی که ممکن است در روند مشاوره به شما وارد شود جلوگیری کنید. در این بخش ما به برخی از این حقوق اشاره کردیم که دانستنش خالی از لطف نیست ...

✓ **حق دریافت اطلاعات: هزینه درمان - رویکرد درمانی - روند درمان - تخصص مشاور - درمان‌گر اجازه دارد به سوال های شخصی مراجعین، جواب ندهد.**

✓ **ارجحیت منافع مراجع در جریان درمان (هرگونه سؤال، صحبت، یا عمل دیگری که در جهت نیازهای درمان‌گر انجام شود انحراف از مسیر درمان است، حتی اگر فقط برای ارضای کنجکاوی درمان‌گر باشد).**

✓ **خود مختاری شخصی**

- ۱- تعیین زمان مشاوره
- ۲- لغو جلسه ۲۴ ساعت قبل از زمان مشخص شده
- ۳- اتمام درمان
- ۴- درخواست ارجاع
- ۵- عدم تصمیم گیری به جای مراجع
- ۶- پاسخ ندادن به سوالاتی که مراجع با آنها راحت نیست
- ۷- ضبط الکترونیکی جلسات با رضایت خود مراجع

✓ **حفاظت از اطلاعات**

- الف) اصل رازداری باید حفظ شود و حفظ و حفاظت از اطلاعات حق مراجع و وظیفه مشاور است.
- ب) شرایط نقض رازداری
- ۱- درخواست خود مراجع برای افشای اطلاعات
- ۲- دستور دادگاه برای دریافت اطلاعات
- ۳- شکایت و دادخواهی مراجعان بر علیه مشاوران

۴- محدودیت‌های مقرراتی-کشوری

۵- مراجعان مبتلا به بیماری‌های مسری یا واگیر دار

۶- آسیب به خود یا دیگران

۷- دادخواهی مراجع بر علیه کسی که برای او مزاحمت ایجاد کرده است و اطلاعات و اسناد مربوطه دست مشاور موجود باشد.

ج) هدف از ثبت و دلایل حقوقی: ثبت اطلاعات جدا از اثری که در روند درمان می‌گذارد برای مسایل حقوقی لازم و ضروری می‌باشد و در موارد بسیاری هم برای مشاور و هم برای مراجع مفید و قابل استفاده است.

ه) عدم برقراری روابط دوگانه

۱. روابط قبلی: مشاوره با بستگان درجه یک (پدر مادر برادر خواهر فرزند) بستگان درجه دو (عمو دایی خاله عمه خواهرزاده برادرزاده پدربزرگ مادربزرگ نوه) و دوستان نزدیک کاملاً ترد شده است و حتماً باید اجتناب کنید. از طرفی مشاوره با دیگر دوستان و اقوام هم به هیچ عنوان توصیه نمی‌شود. حتی بهتر است با دوستان، دوستان خود و اقوام دور هم مشاوره نداشته باشید. اما اگر شرایطی پیش آمد که مجبور به مشاوره با این افراد دسته سوم شدید با در نظر گرفتن شرایط مشکلی نیست.

۲. دوستی‌ها و روابط حین درمان: گاهی در حین درمان رابطه ای به جز رابطه مشاوره‌ای ایجاد می‌شود. ممکن است این رابطه دوستی یا کاری باشد که لازم است یا رابطه متوقف شود یا فرایند درمانی. اما اگر رابطه احساسی و عاطفی ایجاد شود سریعاً باید روند درمان توقف یابد. تا برای اون رابطه تصمیمی گرفته شود.

۳. روابط بعد از درمان: گاهی بعد از اتمام درمان طرفین خواستار یک رابطه دوستانه یا کاری هستند که توصیه می‌شود از این رابطه اجتناب کنند. لازم است بدانید برای روابط دوستانه ۲ سال و برای ازدواج ۱۰ سال باید از اتمام دوره درمان گذشته باشد.

۴. سو استفاده از مشاغل: مراجعان باید توجه داشته باشند که مشاور به هیچ عنوان حق ندارد از موقعیت شغلی شما سو استفاده کند و توقع داشته باشد شرایطی خاص برای ایشان قائل شوید.



؟ در صورت مواجه شدن با پایمالی حقوق خود چه کنیم؟

✓ در مقام اول شما نسبت به تخصص آن مشاور مشکوک شوید چون عدم رعایت اصول حرفه‌ای علم و تجربه پایین مشاور را نشان می‌دهد.

✓ حتما این موضوع را با سوپر وایزر مشاور خود یا مدیر مرکز مطرح کنید. و موضوع را کامل برای ایشان شرح دهید.

✓ اگر موارد پایمالی حقوق مواردی مثل تماس‌های فیزیکی، خواسته‌های غیر منطقی، سوالات نامربوط، صحبت‌های عاشقانه و موارد این چنینی بود جدا از گزارشی که به مدیر مرکز و سوپر وایزر مشاور می‌دهید حتما درمان خود را متوقف کنید.

✓ در کل حتی موارد دیگر پایمالی حقوق که موارد ساده‌تری هستند، تکرار شد یا به چند مورد رسید توصیه می‌شود درمان را قطع کنید چون همان‌طور که گفته شد نشان از علم پایین و غیر حرفه‌ای بودن مشاور دارد و می‌تواند خطرناک باشد.

▼ پیگیری‌های قضایی

؟ در چه مواردی می‌توانم از مشاورم شکایت کنم؟

✓ زمانی که مشاور با شما تماس فیزیکی خارج از عرف برقرار می‌کند چه با اجازه شما باشد چه نباشد.

✓ زمانی که مشاور به شما پیشنهاد رابطه جنسی، رابطه دوستی یا ازدواج می‌دهد.

✓ زمانی که مشاور به شما توهین کند، برخورد تحقیر آمیز داشته باشد یا از الفاظ رکیک استفاده کند.

✓ زمانی که جدا از مواردی که در شرایط نقض رازداری ذکر شد، اصل رازداری را زیر پا بگذارد.

✓ زمانی که برای شما مزاحمت تلفنی یا خیابانی ایجاد کند.

۵. ارتباط از طریق فضای مجازی: مشاور اجازه ندارد به شما فشار بیاورد که شماره تان را در اختیار او قرار دهید. همین‌طور که خود مشاور حق دارد شمارش را در اختیار شما قرار ندهد. با این حال گاهی ممکن است برای فرستادن یک فایل مربوط به جلسه درمان یا برای شرایط حساسی که مراجعان خاص دارند شمارش را در اختیار شما قرار دهد اما هیچ وظیفه‌ای ندارد که همه پیام‌ها و تماس‌های شما را جواب دهد و به هیچ عنوان نباید توقع داشته باشید که این گونه باشد. از طرفی اگر این شرایط برعکس شد یعنی مشاور مدام با شما تماس می‌گرفت یا پیام می‌داد باید نسبت به این قضیه مشکوک شوید زیرا این یک رفتار کاملاً غیر حرفه‌ای است.

۶. قرارهای ملاقات خارج از مرکز.

۷. درمان یا رابطه با نزدیکان: اگر کسی از نزدیکان شما مایل است روان‌درمانی‌اش را با درمان‌گر شما شروع کند، یا رابطه دیگری با درمان‌گر شما ایجاد کند، موافقت یا عدم موافقت شما به عنوان درمان‌جوی اول مهم است. اگر از این که فرد آشنای شما، درمان‌گر مشترک با شما داشته باشد، یا درمان‌گر شما با یکی از آشنایان تان رابطه برقرار کند، احساس خوبی ندارید به درمان‌گر خود بگویید.

(و توجه مثبت بی‌قید و شرط

۱. مراجع باید مورد احترام مشاور و افراد حاضر در مجموعه ارائه دهنده خدمات باشد.

۲. مشاور حق ارزش گذاری (خوب و بد تعیین کند یا ارزش‌های خودش را به مراجع تحمیل کند) ندارد.

۳. درمان‌گر نباید در جلسه درمانی قضاوت‌گر باشد.

۴. درمان‌گر حق توهین یا برخورد تحقیرآمیز را ندارد.

۵. مغایرت با ارزش‌های مشاور و ارجاع به درمان‌گر دیگر جهت ادامه روند درمان.

✓ مرز بندی‌های اتاق درمان

۱. مشاور نباید در جلسه درمان با مراجع صحبت کردن عاشقانه و استفاده از الفاظ محبت آمیز را داشته باشد.

۲. عدم تماس فیزیکی با بیمار

۳. عدم ارتباط با مراجع خارج از اتاق مشاوره



خطاهای رایج بالینی

الهام نظری

مشاور دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



چنین گفت که توجه کافی و سازمان‌مند به سهم هنر و ذوق در موقعیت درمان‌درمانی و مداخلات بالینی نشده است. عاملی که در روند پیشبرد مصاحبه‌ها و مقابله با اشتباهات خطاهای جزئی بسیار مؤثر است. خطاهایی که منجر به قطع رابطه درمانی می‌شود. لذا در اینجا برخی از رایج‌ترین خطاهای بالینی به اختصار بیان شده است:

۱. فراموش کردن بازیگران مهم در زندگی مراجع. این موضوع، برای درمان‌گران حیاتی است که مراقب باشند تا روند جلسات شان را ثبت کنند که بخشی از آن شامل ثبت نام‌های مهم دیگرانی است که در روایت مراجع از زندگی‌اش، مهم هستند. اشتباه

وقتی صحبت از موفقیت در فرآیند رواندرمانی و دستاوردهای بالینی می‌شود، نمی‌توان از حساسیت و شکنندگی این کار غافل شد. نکته‌ای که در هیچ کجای برنامه‌های آموزشی یا رویکردهای درمانی و پزشکی به آن اشاره نمی‌شود. به عبارتی شاید حتی بتوان گفت اصلاً مورد توجه قرار نمی‌گیرد. سرفصل‌های درسی در دوره‌های آموزشی روانشناسی، روانپزشکی، مددکاری و مشاوره با تأکید بر آموزش نظریه‌های مختلف، روش پژوهش، روش‌های مشاوره و تکنیک‌های بالینی تدوین می‌شوند. اما وقتی نوبت به اصل مطلب یعنی قضاوت‌های درمانی و لحظات مهم مربوط به تصمیم‌گیری بالینی می‌رسد، این آموزش‌ها چندان غنی به نظر نمی‌رسند. به بیان دیگر می‌توان

۶. موقعی پیش می‌آید که درمان‌گر در طی جلسه به تلفنش جواب می‌دهد. این کار نیز نادر نیست و روان‌شناسان بسیاری انجام می‌دهند. اما، زمان اختصاص داده شده به مراجع مربوط به او است، نه یک شخص دیگر.

۷. موقعی پیش می‌آید که درمان‌گر زبان اشتباهی را به کار می‌گیرد. آن چه من در این مورد بسیار شنیده‌ام این است که مراجع احساس کرده درمان‌گر تحریک‌پذیر بوده و حتی مقداری عصبی بوده است. این درست نیست. هدف درمان برای مراجع، داشتن یک تجربه جدید و اصلاح‌گر در اتاق مشاوره است. من مطمئن هستم مراجعانی که به اتاق مشاوره می‌آیند، مقدار زیادی منفی‌گرایی را در زندگی‌شان تجربه کرده‌اند و گرنه غیرممکن است که وارد رابطه درمانی بشوند.

۸. گاهی اوقات، درمان‌گران از مراجعان می‌پرسند «این موضوع، چه احساسی را در شما به وجود می‌آورد؟» این سوالی است که بسیار پرسیده می‌شود ولی بعد از مدتی این سوال قدرتش را از دست می‌دهد. این سوال به عنوان نقطه آغاز، قدرتمند است، اما نباید مکرر پرسیده شود. درمان باید یک فرایند جذاب و خلاق باشد. تکرار یک سوال یا جمله، ملال ایجاد می‌کند. موافق نیستید؟

۹. مراجعان حق دارند از مدرک تحصیلی درمان‌گرشان اطلاع داشته باشند.

با این وجود، بسیاری از درمان‌گران با سوال مراجع در این مورد وحشت زده می‌شوند و فکر می‌کنند مراجع در مورد اعتبار او تردید دارد. همه ما درمان‌گران نیاز داریم در این موقع خونرسد باشیم و اجازه بدهیم که مراجع بداند چه کسی مشاور او است. این حق اوست.

۱۰. درمان‌گران، گاهی اوقات، به دلیل گزارش یا اظهارات گمراه‌کننده مراجع، متوجه شدت رنج مراجع‌شان نمی‌شوند.

ما باید سطح افسردگی و سلامت مراجع را مکرر و با دقت ارزیابی کنیم. این مسئولیت نهایی و غایی مان به عنوان متخصص سلامت روان است.

منبع: کتاب خطاهای بالینی در روان‌درمانی نوشته برنارد شوارتز و جان فناورز با ترجمه دکتر زهرا اندوز و دکتر حسن حمیدپور

گرفتن نام همسر سابق و فعلی مراجع از سوی روان‌درمان‌گر در میانه روند درمانی پذیرفتنی نیست. درمان‌گر باید در روایت زندگی مراجع غوطه‌ور باشد. ۲. گاهی اوقات، درمان‌گران به احساسات مراجع متصل نیستند و به همین دلیل، به آن‌ها برچسب نامناسبی می‌زنند.

برای مثال، اظهار این که مراجع عصبانی است در حالی که او ناراحت است، یک نقص همدلی است. این موضوع حیاتی است که قبل از برچسب زدن به یک احساس مراجع، به دقت به صحبت‌های او گوش دهیم. نقش درمان‌گران، متصل شدن به مراجع و یکپارچه ساختن آن چه بر سر او آمده و سپس برچسب زدن به یک احساس است. عجله برای برچسب زدن، مشکل‌زا است. زمان دادن، صبوری و بودن در لحظه باید بخشی از نقش درمان‌گر خوب باشد.

۳. ادراک چک شدن به وسیله درمان‌گر و عدم دریافت توجه کامل از جانب وی

بله. تصور کنید زندگی‌تان را برای روان‌درمان‌گری توصیف می‌کنید که در رویاهایش غرق شده است. یا گاهی اوقات، مراجع مکث می‌کند و درمان‌گر سخنی می‌گوید که آشکارا به طرزی ناشیانه تنظیم شده است. درمان‌گران باید به اندازه کافی استراحت کنند و فقط تعداد مراجعی را ببینند که می‌توانند برای جلسه با او آماده باشند. مراجعان امیدواری که وارد اتاق مشاوره می‌شوند، به طور مشخص افرادی را در زندگی‌شان دارند که آن‌ها را چک می‌کنند.

۴. گاهی اوقات یک درمان‌گر ناآگاه، موضوعات شخصی‌اش را به مراجعانش فرافکنی می‌کند.

«شما باید نگرانی‌های مادرانه داشته باشید»، این جمله را درمان‌گری می‌گوید که با چنین نگرانی‌هایی در زندگی خودش مواجه است. درمان‌گر باید براساس تجربیاتش، انگیزه‌ها و نیت‌هایش را به خوبی بشناسد تا این انگیزه‌ها و نیت‌ها را در مراجع نبیند و دچار سوءتفاهم نشود.

۵. برخی درمان‌گران به طور مکرر از شکایت‌ها و ناکامی‌های خودشان در جلسات مشاوره می‌گویند.

این روشی است که بسیار مورد استفاده روان‌درمان‌گران قرار می‌گیرد. اما، جلسه مشاوره مربوط به درمان‌گر نیست. بله، گاهی اوقات، مناسب است که مقداری اطلاعات از زندگی خودمان به مراجع در جهت حمایت از او بدهیم، اما این لحظات باید استثنا باشند، نه قاعده.

۹ راهکار برای تحکیم پایه‌های خانواده

سهیلا امیدی

رئیس اداره ارتباط خانواده با دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



کیفیت زندگی خانوادگی بر هر بخش دیگر زندگی ما تأثیر می‌گذارد. نظرسنجی‌ها به ما می‌گویند که بزرگ‌ترین منبع خوشبختی، خانواده است و همین نظرسنجی‌ها می‌گویند بزرگ‌ترین منبع ناامیدی در زندگی افراد، مقابله با مشکلات خانوادگی است اما چون هر یک از ما جزئی از خانواده هستیم لازم است بدانیم که خانواده‌های موفق و مستحکم چگونه زندگی می‌کنند؟

۹ راهکار برای تحکیم پایه‌های خانواده

ما می‌پردازد و در این باره می‌گوید: هسته اصلی خانواده با پیوند زنشویی دائمی زن و مرد شکل می‌گیرد اما برای آن‌که زوجین بتوانند تشکیل خانواده موفق دهند و بنیان محکم در خانواده به واقعیت تبدیل شود، لازم است به نکات زیر توجه کنند:

شما به عنوان والدین نقش اساسی در پرورش و محافظت از خانواده دارید اما ایجاد روابط خانوادگی موفق و محکم همیشه به‌طور طبیعی اتفاق نمی‌افتد. علی سرلک استاد دانشگاه و کارشناس مسائل دینی و خانوادگی به راهکارهایی برای تحکیم پایه‌های خانواده

✓ هدفمندی

اساساً انسان‌های هدفمند می‌توانند به موفقیت واقعی دست یابند؛ هدفمندی در یک خانواده موفق به طور کلی به معنای رسیدن به آرامش است. وقتی زن و شوهر در کنار هم قرار می‌گیرند و قدرتشان بر اساس اصل توان‌افزایی، افزایش پیدا می‌کند، می‌توانند با کمک یکدیگر آرامش گرفته و مسائل و مشکلات را حل کنند. خداوند در آیه ۲۱ سوره روم می‌فرماید: «وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ؛ یکی از آیات (لطف) او آن است برای شما از جنس خودتان جفتی بیافرید که در کنار او آرامش یافته و باهم انس‌گیرید و میان شما رأفت و مهربانی برقرار فرمود.»

بنابراین اولین ویژگی یک خانواده موفق، هدفمندی برای رسیدن به آرامش است اما این آرامش از رهگذر تلاش، همدلی و مسئولیت‌پذیری به دست می‌آید نه امکانات مالی. خانواده‌هایی که تصور می‌کنند با امکانات مالی و رفاهی آرامش به دست می‌آید، سخت در اشتباه‌اند؛ چنانچه اکثر طلاق‌ها و جدایی‌ها در خانواده‌های رفاه‌زده اتفاق می‌افتد و آمار جدایی و طلاق به شکل معناداری در خانواده‌های ثروتمند بیشتر است.

✓ تلاش‌گری و امیدواری

تلاش، محصول امید بوده و امیدوار بودن یکی از رموز موفقیت و استحکام در خانواده به شمار می‌آید. درست است که مشکلات زندگی، گرانی، بیماری و... بسیار است اما خانواده موفق، خانواده‌ای است که از پا نمی‌افتد و امیدوارانه و همدلانه در کنار هم می‌کوشند.

✓ درک یکدیگر

سومین ویژگی خانواده موفق این است که طرف مقابلشان را به خاطر مشکلات و اشکالات متهم نمی‌کنند و رأفت و مهربانی بینشان (وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً) را به خاطر یکسری از مشکلات به هم نمی‌زنند. اختلاف‌نظر در زندگی زناشویی طبیعی است و بر اساس آیه ۱۴ سوره نوح (خَلَقَكُمْ أَطْوَارًا) خداوند انسان‌ها را به شکل‌های مختلفی آفریده است؛ بنابراین درک اختلافات، یکی از مهم‌ترین علائم موفقیت در خانواده است. به عبارتی دیگر، خانواده موفق، خانواده‌ای است که در راه ایجاد تفاهم و همدلی گفت‌وگو می‌کنند و مشکلات و تفاوت‌ها را تبدیل به اختلاف نمی‌کنند.

✓ گفت‌وگو کردن

یکی از ویژگی‌های مهم خانواده موفق، مهارت

گفت‌وگو با یکدیگر است. داشتن گوش شنوا، زبان گویا و مهارت گفت‌وگو کردن از ویژگی‌هایی است که باعث می‌شود اعضای خانواده بتوانند حرف‌ها، کینه‌ها، خستگی‌ها و ناراحتی‌هایشان را با یکدیگر در میان گذاشته و مسالمت‌آمیز مشکلاتشان را حل کنند. درواقع، از ویژگی‌های خانواده موفق این است که عیب‌جویی نمی‌کنند و می‌دانند مشکلات را چگونه و چه زمانی مطرح کنند.

✓ پوزش‌خواهی و پوزش طلبی

متأسفانه برخی افراد هزینه عذرخواهی را بالا می‌برند و وقتی کسی عذرخواهی می‌کند، با او سخت برخورد می‌کنند اما در یک خانواده موفق، پوزش‌خواهی و پوزش‌طلبی امری متداول است.

✓ محبت کردن

زیبا صدا کردن یکدیگر، محبت کردن و احترام گذاشتن از ویژگی‌های بارز خانواده موفق و مستحکم است. خانواده موفق در رفتارشان تبادل محبت می‌کنند.

✓ پوشش مناسب

خانواده موفق به قدری برای همدیگر ارزش و احترام قائل هستند که حتی در برابر یکدیگر پوشش‌های آراسته و مرتبی دارند. در روایات است که گاهی اوقات معصوم (ع) رنگی از لباس را می‌پوشیدند که در عرف آن زمان تعریف شده نبود اما وقتی پرس‌وجو می‌کردند، حضرت می‌فرمودند که به خاطر همسرم که از این رنگ خوشش می‌آید، این رنگ لباس را می‌پوشم. (وسائل الشیعه، جلد ۳)

✓ مشارکت در کارهای خانه

خانواده موفق، خانواده‌ای مشارکتی هستند و در امور منزل مثل پخت غذا و تمیز کردن خانه به یکدیگر کمک می‌کنند؛ این‌ها چیزهایی است که اتفاقاً در روایات هم بسیار بر آنها تأکید شده است. چنانچه پیامبر اکرم (ص) در خطاب به حضرت علی (ع) می‌فرماید: «ای علی! خدمت به همسر کفاره (پاک کننده) گناهان کبیره است و خاموش کننده آتش خشم پروردگار جبار است.» (بحارالانوار، ج ۱۳)

✓ توجه به امور معنوی

خانواده موفق اهل معنویت، شکرگزاری، برنامه‌های عبادی، نماز، زیارت و... است زیرا فضای معنوی یک بارانداز روحی خوبی است تا خانواده‌ها بتوانند از ظرفیت معنویت در جهت تلطیف روابط و بالا بردن گرایش‌هایشان استفاده کنند.

راه‌های ارتباطی

☎ شما عزیزان می‌توانید جهت مشاوره تلفنی در تمام روزهای هفته و روزهای تعطیل به صورت ۲۴ ساعته با شماره ۰۸۳-۳۸۳۵۳۸۶۰ تماس بگیرید.

✉ و پیام‌سائل و مشکلات خود را به آدرس kcounselingcenter@kums.ac.ir بفرستید تا کارشناسان ما ظرف مدت ۷۲ ساعت پاسخگوی شما باشند. به منظور پاسخگویی دقیق‌تر و بهتر به جنسیت، سن، شرح مشکل و سابقه درمان اشاره کنید.

📌 همچنین با عضویت در کانال بهراون به آدرس t.me/Behravankums

📷 و در اینستاگرام به آدرس [kcounselingcenter](https://www.instagram.com/kcounselingcenter) می‌توانید از مطالب آموزشی حوزه روان‌شناسی و سلامت روان بهره‌مند شوید.