



وزارت صحت عامه افغانستان
ریاست عمومی طب معالجوی
ریاست شفاخانه های مرکز
شفاخانه صحت روانی کابل

رهنمود صحت روانی



فهرست

1. اصول رفتار 3
2. حقوق بیماران در شفاخانه صحت روانی، کابل..... 7
3. رهنمودها و اصول آرام سازی سریع 8
4. رهنمود برای اداره نمودن پرخاشگری 11
5. رهنمود برای داروهای آنتی سایکوتیک 16
6. رهنمود برای استفاده بینزودیازپین (داکترها و نرسها) 23
7. رهنمود پالیسی تجرید 28
8. بسترنمودن بیمار روانی 36
9. رهنمود دیپارتمنت روانشناسی 56
10. مصاحبه انگیزش دهی 71
11. رهنمود دیپارتمنت کارمندان اجتماعی 82
12. رهنمود دیپارتمنت شغل درمانی 88
13. مآخذ: 97

صول رفتار

شفاخانه صحت روانی، کابل، افغانستان

شفاخانه صحت روانی در کابل خدمات باکیفیت صحت روانی را برای بیماران روانی در هر سن و سال پیشکش می‌کند. مشکلات می‌تواند بدون یا با بستن بیمار درمان شود و ما کوشش می‌کنیم اختلال کارها و خانه را کاهش دهیم. محرمیت کاملاً محفوظ می‌باشد.

هدف ما:

هدف ما بهبود زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های روانی و فامیل‌های آنها از طریق تهیه و دستیابی به عرضه خدمات مراقبتی صحت روانی باکیفیت و قابل قبول در افغانستان می‌باشد.

معرفی:

این اصول رفتار برای تمام کارمندان شفاخانه صحت روانی در کابل است. اصول رفتار بدین معنی نیست که هر سوالی در ذهن کارمند شفاخانه صحت روانی و کلینیک‌های آن ایجاد می‌شود جواب می‌دهد، یا دیگر فراهم کننده‌گانی می‌باشد که همراه آنها موافقتنامه‌های تجارتی داریم. این اصول رفتار رهنمود و هدایت‌های را تأمین می‌کند که به موضوعات محیطی در جریان روز با آنها مواجه می‌شویم پاسخ می‌دهد. علاوه بر این، اصول رفتار شامل تعدادی از سوالات همراه با جواب‌های آن که مکرراً مطرح می‌شوند که با نظریات کارمندان انکشاف داده شده است، می‌باشد. ما استفاده کننده‌گان این منبع را تشویق و حمایت می‌کنیم.

اصول عمومی:

دارایی‌ها: تمام دارایی‌های شفاخانه باید فقط برای فایده و اهداف شفاخانه صحت روانی و استفاده کننده‌گان خدمات استفاده گردد. استفاده شخصی از دارایی‌های این مرکز اجازه نیست. مگر اینکه اجازه، توسط کمیته ذیصلاح شفاخانه صحت روانی تصویب شده باشد. دارایی‌های شفاخانه شامل، اما نه محدود به: اسناد مالی، تجهیزات، فرنیچر، وسایل نقلیه، سامان آلات دفتر، پول نقد، وقت کارمند و سامان آلات کمپیوتر.

ریکوردهای طبی: کارمندان شفاخانه در مورد مسئولیت و رویکردهای طبی شفاخانه آموزش و هدایت داده شده‌اند. اگرچه، آموزش دوباره بر اساس برنامه منظم؛ از طریق نظارت و آموزش‌های بسیار رسمی صورت می‌گیرد، کارمندان شفاخانه مجبور هستند سوالات و معلومات خود در مورد نیازهای اسناد و قاعده‌های راجع به پیشکش خدمات بپرسند. کارمندان اداری و طبی مجبور به کار هماهنگ برای خدمات مجاز هستند. پروسه خدمات مجاز طبی تصدیق مبرم از ضروریات طبی خدمات پیشکش شده را تهیه می‌دارد. کارمندان هر دو بخش مجبور به درک پروسه مجاز برای تکمیل نمودن کارهای خویش در زمان معین هستند، و در صورت بروز مشکل، ناظرین خویش را در جریان بگذارند. متوقف کردن خدمات توسط رای طبی معین و در پلان معالجوی فعلی گنجانیده شده است. مسئولیت کارمندان طبی و ناظرین آنها مراقبت از پلان‌های معالجوی فعلی است. آنها پلان را در قاعده قرار می‌دهند تا هر شخص انفرادی بتواند خدمات را بدست بیاورد. پلان، بیان کننده خدمات ضروری طبی می‌باشد.

خدمات توسط کارمندان طبیی نظر به پلان معالجوی و قوانین شفاخانه صحت روانی می‌باشد. کارمندان طبیی مسئول متقاعد ساختن خود در مورد درست بودن معلومات و اسناد بیمار هستند.

رشوت، تحایف و پاداش‌ها: هیچ شخصی وابسته به شفاخانه صحت روانی باید هیچ انگیزه‌ای را بقسم رشوت، تحفه و پاداش‌های که مفهوم متقاعد کردن تصامیم کاری، جلب کردن سود نامناسب، یا پاداش برای توجیه خصوصی یا خدمت را دارند، نپذیرند.

پول نقد: شخصی که دسترسی به حسابات پولی دارد، نباید از بودجه شفاخانه صحت روانی سوءاستفاده نمائید. یا به عبارت دیگر، نباید اختلاس نمائید. تمام شیوه‌های نظارت و کنترول در داخل شفاخانه در تمام اوقات باید بکار برده شود.

معلومات محرمانه: معلومات موکل بطور جدی محرمانه نگهداری خواهد شد. شفاخانه صحت روانی معلومات صحی حفاظت شده را تنها به اشخاص مسئول یا مراجع قانونی با در نظر داشت حقوق بیمار در میان خواهد گذاشت. تمام کارمندان، داوطلبان، انجمن‌های تجاری و اشخاص مرتبط با شفاخانه صحت روانی به معلومات محرمانه موکل باید احترام بگذارند، و از آشکار کردن مسایل بحث شده بطور خاص جلوگیری نمایند. معلوماتی که در جریان داخله و یا رابطه با شفاخانه صحت روانی بدست آورده شده، نباید برای مفاد کارمندان یا موسسات دیگر استفاده گردد.

محافظت موکلین و فامیل‌ها: موکلین و فامیل‌های آنها که از بیماری‌های روانی بخصوص خشونت در حقوق شان و سوءاستفاده از آنها که آسیب دیده‌اند نیازمند حفاظت خاص هستند. هیچ کارمند شفاخانه صحت روانی نباید در هیچ نوع اعمالی چون: ترساندن، پرخاشگری یا خشونت (فیزیکی یا کلامی) یا اذیت جنسی یا تماس جنسی (با رضایت و یا عدم رضایت) با موکلین یا فامیل‌های که در صدد مراقبت در شفاخانه صحت روانی هستند، دیده شوند.

تضاد منفعت: تمام کارمندان باید تضاد منفعت پنهانی خود را آشکار بسازند و از هر نوع فعالیتی که بیان‌گر نامساعد بودن برتری کاری شان نظر به خاصیت کاری یا استخدام شان با شفاخانه صحت روانی هستند، خود داری نمایند. کارمندان شاید وظیفه دومی بر علاوه استخدام با شفاخانه صحت روانی داشته، مگر قسمی که بالای اجراء کاری شان در شفاخانه صحت روانی تاثیر گذار نبوده و تضاد منفعت را به میان نیاورد. سوالات در زمینه هیئت رهبری شفاخانه صحت روانی طرح گردد. هیچ شخص انفرادی مرتبط به شفاخانه صحت روانی باید مشغول اعمال غیر قانونی مانند، قبول کردن پول یا مسایل دیگری بخاطر نحوه فعالیت‌های وظیفوی سایرین نگردند.

گزارش‌های مالی و احصائیوی: گزارش‌های مصارف، تقاضاهای بازپرداختی، توضیحات احصائیوی و مالی و گزارش‌های هزینه‌ای باید بطور دقیق و درست تکمیل شوند. هیچ کس نباید خودسرانه و هدفمندانه گزارش‌های مالی و تقاضاهای بازپرداختی را غلط گزارش‌دهی کنند.

مالی: شفاخانه صحت روانی باید از شناخت شرایط، مقررات و پیمان‌های که هر نوع قراردادهای قانونی مالی را در بر دارد حمایت کند، و از هر نوع فعالیتی که مستقیماً بر ضد و یا نقض کننده این نوع شرایط و مقررات یا پیمان‌ها هستند، خود داری نمایند.

تبعیض: تمام کارمندان مرتبط به شفاخانه صحت روانی باید به ممنوع قرار دادن تبعیض به اساس زبان، مذهب، سن و سال، قوم، طایفه، نسل، جنس، رنگ، حالت مدنی، معلولیت، برتری جنسی یا نژاد توافق داشته باشند.

کیفیت مراقبت: هدف شفاخانه صحت روانی عرضه خدمات باکیفیت عالی برای خدمت به بیماران طبق معیارها، قانون، مقررہ قابل قبول مراقبت این اداره ترویج بهبودی و افزایش خوبی‌ها می‌باشد. شفاخانه صحت روانی به حقوق بیمارانی که در تصامیم مراقبت صحتی خود اشتراک خواهند داشت، احترام دارد. تمام کارمندان شفاخانه صحت روانی مجبور به همکاری همه جانبه و باکیفیت با بیماران هستند. تمام کارمندان مجبور به گزارش‌دهی موضوعات مربوطه یا سوالات در مورد کیفیت خدمات عرضه شده به ناظرین خویش و یا به اداره شفاخانه صحت روانی هستند.

تحقیق: زمانی که توضیحات و مصوبات اداره شفاخانه در دسترس باشد، تحقیق به پیش برده خواهد شد. تحقیق بالای موضوعات انسانی مربوط به مورد بازدید کننده شفاخانه خواهد بود. فورم رضایت از موکل و یا از نماینده تعیین شده موکل گرفته شود.

پاسخگویی به تفتیش‌ها: کارمندان شفاخانه تمام تقاضاهای بیرونی، تفتیش‌های دولتی و دیگر نهادها را به هیئت رهبری شفاخانه راجع خواهند کرد. کارمندان با تمام تفتیش‌ها و بازرسی‌های دولتی همکاری و معلومات دقیق و همزمان را به تفتیش‌ها و بازرسی‌های داخلی و خارجی نظر به لزوم دید قانونی خواهند کرد. هیچ سندی نظر به تقاضا و بخشی از کار تفتش و بازرسی از بین برده نخواهد شد.

اگرمن چیزی را مشکوک گزارش بدهم، آیا به مشکلی روبرو خواهم شد، بخاطر چیزی که غلط گزارش داده‌ام؟

قسمی که هدف شما صداقت است، پلان قبول شده شفاخانه صحت روانی، شما را از تادیب و مجازات رسمی منع می‌نماید. بخشی از مسئولیت‌های شما به صفت کارمند شفاخانه صحت روانی این است که مشکلات مشکوک را گزارش دهید. در حقیقت، شاید مورد تادیب قرار بگیرید اگر شاهد چیزی بودید و آن را گزارش ندهید.

در مورد مشکلی همراه کی باید اول صحبت کرد؟

از آنجای که قوانین و قاعده‌های پیچیده زیادی هستند که بر ما قابل اجراء است. شاید داشتن سوالات مربوط، به شما غیر معمول نباشد. پیشنهاد ما در قدم اول بحث کردن موضوع با ناظران می‌باشد. اگرچه شاید شما مستقیماً نزد مسئول بخش و یا هیئت رهبری شفاخانه صحت روانی برای مشکل مراجعه نمائید.

من باید چی کار نمایم اگر ناظر من تقاضای چیزی را از من نمائید که به نظر من غیر قانونی یا نقض کننده اصول رفتار باشد؟

مهم نیست کی از شما تقاضای کاری را می‌کند، اگر می‌دانید که تقاضا غلط است. باید آنرا رد کنید و بطور عاجل تقاضای شخص را به سطح بالاتر از ناظر خود یا به هیئت رهبری یا مسئول بخش و یا هم به مدیر دیگری در شفاخانه گزارش دهید.

چی نوع معلومات در مورد بیمار باید محرمانه نگهداری شود؟

تمام معلومات بیمار از قبیل معلومات نوشته شده، صحبت شده یا شنیده شده، ثبت شده الکترونیکی یا چاپ شده باید محرمانه نگهداری شود. کارمندان باید از اطراف خود در هنگام صحبت در مورد بیمار آگاه باشند. معلومات در مورد بیمار نباید در محضر عام یا جای که معلومات از طرف دیگران شنیده می‌شود، بحث گردد. در هنگام صحبت در مورد بیمار در اتاق‌های نیمه خصوصی، اتاق‌های انتظار، بخش سرپا، دهلیزها، زینه‌ها، طعام خانه‌ها، رستوران‌ها و یا وسایط نقلیه عامه باید احتیاط کرد.

چطور باید فهمید خدمت عرضه شده خود را بطور کافی در کتاب درج کرده‌ام؟

هدف، داشتن ریکوردهای طبی و حفظ معلومات موکلین ما در مراقبت صحت روانی است. یادداشتهای ریکورد طبی باید در وقت عرضه خدمت یا واقعه یا هم به زودترین فرصت تکمیل گردد. تمام یادداشتهای نام، امضاء، تاریخ و وقت داشته باشند. در یادداشتهای باید خدماتی که فراهم گردیده و حادثاتی که در جریان مراقبت صحت بشکل واقعی، عینی و مختصر واقع می‌گردد توضیح داده شود. اکثراً به نیازمندی‌های مخصوص ضرورت می‌باشد. مثلاً، روان درمانی فامیلی باید منحصر به نیازمندی‌های مراجعه کننده شناخته شده باشد. مستند سازی باید این را تأیید کند.

آیا دیپارتمنت می‌تواند تحایفی مانند: غذای چاشت که توسط کمپنی فرستاده شده ویا کلچه که توسط مراجعه به ما داده شده است قبول کند؟

تحایف به تمام دیپارتمنت مانند مواد قابل مصرف نان چاشت و کلچه را می‌توان قبول کرد. اما تحایف انفرادی به یک شخص باید بدون مشورت با ناظر اولی قبول نشود.

در دیپارتمنت ما بعضی از داکتران هستند که آنها بعضی اوقات تقاضای ریکوردهای طبی که آنها خود شامل تداوی موکلین نیستند می‌کنند، آیا اجازه این کار را دارند؟

نخیر، تنها کسانی که خود در تداوی اشتراک، شامل یا داکتران مشاور هستند می‌توانند به ریکوردهای موکلین دسترسی داشته باشند. موکلین حق حفاظت محرمانه معلومات صحت خود را دارند.

من داوطلب موسسه حقوق بشر در هنگام رخصتی هستم، آیا می‌توانم رساله بالا بردن بودجه را با استفاده از ماشین کاپی دفتر، کاپی نمایم؟

تجهیزات شفاخانه صحت روانی نباید برای اهداف غیر وظیفوی استفاده گردد.

من این اصول رفتار را خواندم، قوانین را درک و سوالات که تا حال داشتم جواب داده شد. من می‌دانم که این بخشی از قرار داد من است.

کابل

کابل

کارمند

دیپارتمنت منابع بشری

کابل

داکتر تیمورشاه مصمم
رئیس شفاخانه صحت روانی

حقوق بیماران در شفاخانه صحت روانی کابل

دسترسی

بیماران، حق دستیابی به خدمات صحتی رایگان را دارند، به این مفهوم که؛ حق دیدن داکتر، تداوی و گرفتن مشورت رایگان از حقوق بیماران در شفاخانه صحت روانی کابل می‌باشد.

مصئونیت

بیماران، حق بدست آوردن خدمات صحتی باکیفیت و مصئون که با مواظبت، مهارت و شایسته‌گی مسلکی عرضه شود را در شفاخانه صحت روانی کابل دارند.

احترام

بیماران، حق مواظبت؛ که نشان دهنده احترام به فرهنگ، عقاید، ارزش‌ها و مشخصات شخصی برای بدست آوردن خدمات صحتی با کیفیت بدون تبعیض در نژاد، دین، جنس، مذهب، را در شفاخانه صحت روانی دارند.

ارتباط

بیماران، حق دریافت ارتباط باز، مشخص و به وقت، در مورد مواظبت صحتی قسمی که قابل فهم برای بیمار باشد، را دارند.

اشتراک

بیماران، حق اشتراک در تصمیم‌گیری و انتخاب در مورد مواظبت و پلان-های خدمات صحتی در رابطه به صحت خود را دارند.

محرمت

بیماران، حق نگهداری معلومات محرمانه بیماری خود را در شفاخانه صحت روانی دارند.

نظریه

بیماران، حق نظریه یا شکایت درمورد مواظبت و کیفیت خدمات صحتی را بدون حراس در شفاخانه صحت روانی کابل دارند.

رهنمودها و قوانین آرام سازی سریع

ماده چهارم: مقررہ صحت روانی افغانستان:

مؤسسات صحتی و تمام بنیادهای مربوطه باید احکام این ماده و تمام اسنادهای قانونی را در رفتار خود نسبت به افراد که مبتلا به اختلالات روانی است در نظر داشته باشند.

دارو آرام سازی سریع، مخصوصاً به منظور مهار نمودن بیمار، باید به دلیل خطرات ذیل به احتیاط استفاده شود:

- ازدست دادن شعور به عوض آرامش،
 - آرامش بیش از حد همراه با ازدست دادن هوشیاری،
 - ممکن باعث صدمه ارتباط تداوی بین داکتر و استفاده کننده خدمات گردد،
 - مسایل مخصوص در ارتباط با تشخیص،
 - انحطاط تنفسی،
 - بی‌نظمی قلبی.
- در جای که آرام سازی سریع صورت می‌گیرد باید لوازم احیای مجدد و دارو بشمول Flumazenil موجود بوده و به آسانی قابل دسترس باشد،

- بخاطر خطر جدی به زندگی مراجعه‌کننده (بیمار) که به شدت تسکین یافته یا از تاثیرات الکول یا دارو ممنوع استفاده می‌کنند باید تجرید نشوند،
- در صورتی که مراجعه‌کننده (بیمار) تجرید می‌گردد، اختلالات بالقوه آرام سازی سریع باید به صورت خاص، جدی تلقی شود،
- رفتار خشونت‌آمیز را می‌توان تقریباً همیشه بدون تجویز دوزهای بلند غیر معمول یا "دارویی ترکیبی" اداره نمود، کمترین دوز مؤثر باید استفاده گردد. از تجاويز دوزهای بلند BNF باید تنها در حالات استثنایی استفاده گردد،
- با افزایش آگاهی این پروسیجرهای غیر ارادی که سبب ایجاد واکنش‌های آسیب‌زا در مراجعه‌کننده (بیمار) می‌گردد، بعد از آرام سازی سریع به مراجعه‌کننده (بیمار) باید برای بحث نمودن تجارب خود آنها، فرصت فراهم گردد و باید توضیحات واضح در مورد تصمیم استفاده عاجل آرام سازی سریع ارائه نمائید. این را باید در یادداشت‌اش مستند سازید.

لوازم طبی:

خریطة کمک‌های اولیه بشمول Defibrillator خارجی خودکار - یک ماسک دریچه‌ای، اکسیژن، مایعات، مسیر جریان هوا (راه) تنفسی، آلّه اندازه‌گیری اکسیژن و ضربان قلب (Pulse Oximeter)، مونیتور علائم حیاتی، مکش (Suction) و دارو کمک‌ها خط عاجل باید فوراً (NICE 3 دقیقه را پیشنهاد می‌کند) در ساحات کلینی که از آرام سازی سریع استفاده می‌شود در دسترس باشد. لوازم باید روزانه مراقبت و چک گردد تا در صورت ضرورت از کارکردن آن مطمئن شویم.

مشاهده فیزیکی:

مشاهده فیزیکی باید تا زمانی که بیمار دوباره فعال می‌گردد اجراء گردد. موارد ذیل باید به صورت دوام‌مدار در جریان دوره مهارشدن (و بصورت منظم یادداشت شود) نظارت گردد.

- نبض،
- فشارخون،

- تعداد تنفس،
 - درجه حرارت.
 - سطح هیدریشن (Hydration) .
- در وضعیت بهبودی (Recovery Position) باید تا حد ممکن از بیمار مراقبت صورت گیرد.
- در صورتی که بیمار خوابیده باشد نظارت مکرر و جدی توسط نرسها لازم می باشد و باید به صورت مناسب اسناد سازی گردد.
- توجه خاص باید به مشکلات تنفسی، طرق هوایی و سطح شعوری صورت گیرد.

طریق تطبیق دارو:

- داروها فمی (دهنی) باید همیشه قبل از داروهای زرقی تجویز گردد،
- در صورتی که داروهای زرقی ضروری ثابت می گردد، طریق زرق عضلی نسبت به زرق ورید از نقطه نظر محفوظیت ترجیح داده می شود.
- تطبیق زرق وریدی باید تنها در حالات استثنایی صورت گیرد،
- بعد از تطبیق تداوی زرقی علائم حیاتی باید نظارت گردد. این لازم است و باید ثبت گردد. تا وقتی که دوباره بیمار فعال می گردد باید فشارخون، نبض، درجه حرارت و تعداد تنفس بیمار به فاصله هر 15 دقیقه بعد ثبت گردیده و تیم چند انتظامی با آن موافقه نمائید. اگر بیمار خوابیده بنظر می رسد یا خوابیده باشد به نظارت جدی ضرورت می باشد،

مواد فارمکولوژیک در آرام سازی سریع:

- محلولات زرق عضلی که برای آرام سازی سریع تجویز گردیده Lorazepam و Haloperidol می باشد. تا حد امکان تجویز یک دارو نسبت به ترکیب دارو ترجیح داده می شود،
- زمانی که به آرام سازی سریع عاجل ضرورت باشد یک ترکیب Haloperidol و Lorazepam عضلی باید در نظر گرفته شود.
- Olanzapine فعلاً بشکل عضلی در دسترس، مثل یک انتخاب تنها برای بیماران سایکوتیک که ناراحتی متوسط باشد می باشد. در حالی که، تجارب کلینکی محدود است،
- Olanzapine عضلی و Lorazepam عضلی باید به صورت ترکیبی باهم یکجا استفاده نگردد، بخاطری که Olanzapine عضلی نسبت به Olanzapine فمی باعث افزایش غلظت پلازما می گردد. در صورتی که باهم یکجا استفاده گردد، خطر تسکین بیش از حد و انحطاط تنفسی به وجود می آید،
- Diazepam و Chlorpromazine عضلی برای کنترل فارمکولوژیک از اختلالات رفتاری تجویز نگردد، زمانی که Haloperidol عضلی (یا نوع دیگر آنتی سایکوتیک عضلی وصفی) را به منظور کنترل رفتار استفاده می نمائید ممکن به یک ماده آنتی کولینرژیک به منظور کاهش دادن خطر اختلال کشش عضلات و عوارض جانبی خارج اهرامی دیگر ضرورت باشد و باید شخص بخاطر این اعراض و علائم تحت نظارت قرار داشته باشد.

خطرات که با BENZODIAZEPINES ها همراه است:

- از دست دادن هوشیاری،
- انحطاط یا توقف تنفسی (باید آنتاگونیست Benzodiazepine و Flumazenil در دسترس قرار داشته باشد)،
- دیازپیم عضلی بشکل نامنظم جذب می گردد باید استفاده نگردد.

•
خطرات که با آنتی‌سایکوتی‌ها همراه است:

- از دست دادن هوشیاری،
- اختلالات قلبی مانند بی‌نظمی قلبی، کاهش و سقوط فشارخون،
- اختلالات / حمله.
- عوارض جانبی مخصوص شامل: تجربه غیر عینی بیکراری (بیکراری حرکتی)، شخی حاد عضلی (dystonia اختلال کشش عضلات) و حرکات غیرارادی (dyskinesia حرکت پریشی)، سندروم neuroleptic malignant syndrome می‌باشد،
- در صورتی‌که Chlorpromazine به صورت عضلی تطبیق گردد باعث تخریش موضوعی می‌گردد. و همچنان خطر پائین آمدن فشار، اختلالات قلبی و اختلالات موجود است.

در زمان تصمیم گیری لازم است تا توجه خاصی به ماده‌های ذیل صحت روانی جمهوری اسلامی افغانستان شود.
ماده دهم:

به منظور حفظ منفعت شخصی که از اختلال روانی رنج می‌برد به سطح مرکز و ولایت بعضی نمایندگی‌ها (کمسیون) ایجاد خواهد گردید:

1. رئیس صحت روانی منحیث رئیس کمسیون،
2. شخص باصلاحیت طب معالجوی منحیث عضو کمسیون،
3. شخص از خاړنوالی منحیث عضو،
4. یک داکتر روانی منحیث یک عضو کمسیون.

نمایندگان کمسیون صلاحیت‌های ذیل را دارند:

1. تحت چوکات صحت، روانی به منظور پیشرفت و ایجاد تحقیق و ارتقاء ظرفیت و دانش صحت روانی کار می‌کند،
2. دریافت شکایات از بیماران روانی، مراقبت نمودن از آنها و تصمیم گیری در مورد آنها،
3. ارزیابی ایجاد حالت روانی مجرمین که دارای مشکلات روانی بوده و تداوی را بدون رضایت ایشان دریافت می‌نمایند،
4. خواستن پایواز محکمه برای شخصی که دارای اختلال روانی است،
5. بررسی گزارش‌های که از مراکز صحت روانی در مورد تداوی بدون رضایت اشخاصی که دارای اختلال روانی است دریافت می‌نمائید،
6. بررسی و تصویب طرح ملی صحت روانی.

ماده یازدهم:

کمسیون دارای صلاحیت‌ها و مسئولیت‌های ذیل می‌باشد:

1. گوش دادن به شکایات اشخاصی که دارای اختلالات روانی هستند، فراهم نمودن مراقبت به آنها و اخذ تصمیم درمورد آنها،
2. ارزیابی بهبودی حالت روانی مجرمین که دارای اختلالات روانی هستند و اشخاصی که بدون رضایتشان تحت تداوی قرار داده شده‌اند،
3. خواستن پایواز از طریق محکمه برای اشخاصی که دارای اختلالات روانی وابسته می‌باشد،
4. ارزیابی گزارش‌های که از مراکز صحت روانی در مورد اشخاصی که به صورت اجباری تحت تداوی قرار دارند.

رهنمود برای مدیریت پرخاشگری

تعریف سازمان صحتی جهان در سال 2002 چنین بوده: "واقعاتی که در آن کارمندان در حالتی که مربوط به وظایف کاری آنها می‌باشد مورد تجاوز، تهدید یا حمله قرار بگیرند." www.who.int/topics/violence

وقوعات پرخاشگری و خشونت در مرکز خدمات صحتی پدیده‌ای است که در حال گسترش یافتن در سرتاسر جهان می‌باشد. مدارک نشان می‌دهد که تغییرات در دسترسی به مراقبت‌های صحتی، کمبود نرسها و حاد بودن بیماران بعضی از عواملی می‌باشد که سبب وقوعات پرخاشگری می‌گردد. خشونت ممکن است به دلیل فاکتورهای مختلفی بوجود آید، و در صورتی که استفاده کنندگان خدمات صحتی روانی آنها مرتکب شوند نباید عمل آنها قابل قبول پنداشته شود. این کار باید منحنی یک استثناء دیده شود نه هنجار.

معمولترین فاکتورها قرار ذیلاند:

- استفاده از الکول یا دارو (بشمول داروهای ممنوعه)،
- محیط تحریک کننده زیاد یا کم برای مثال، ملالت یا خستگی،
- استفاده کننده؛ خدمات تاریخچه قبلی پرخاشگری داشته باشد،
- تشخیص طبی اختلال روانی،
- فرمان هیلوسنیشن، پارانوایی دیلوژن،
- محیط یا وضعیت پر از پریشانی،
- مشکلات در ارتباطات،
- آشفتگی و عدم جهت یابی مانند دایوانگی/ جنون،
- کنترول ضعیف تکانه،
- صحت فیزیکی نامناسب.

نکات ذیل در پیش‌بینی و کاهش خطرات آینده کمک نموده می‌تواند:

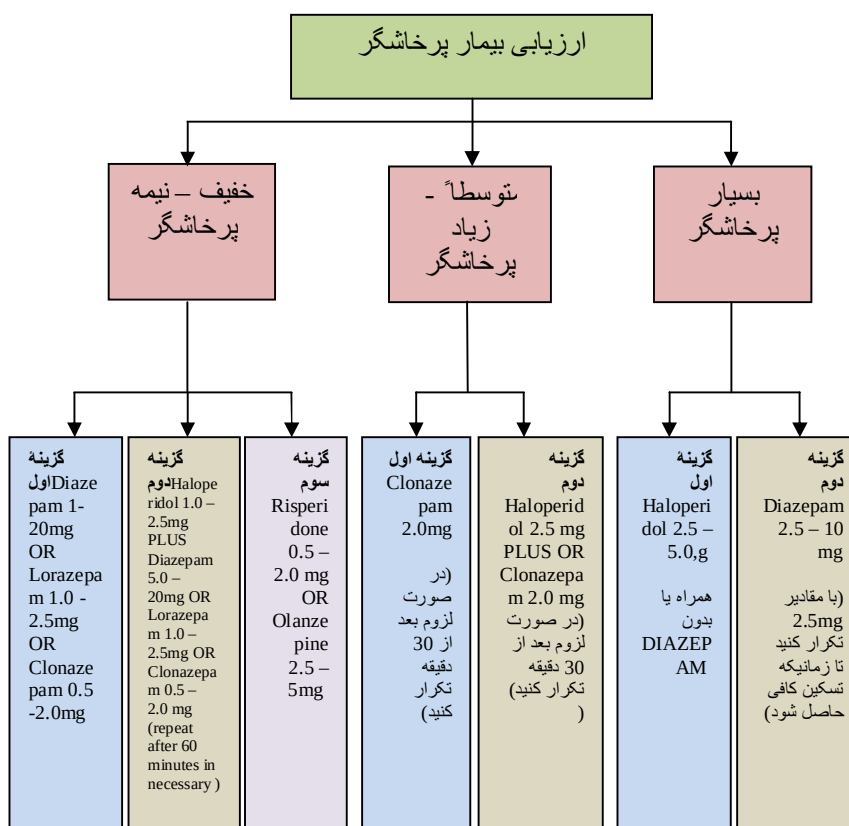
1. آرام سازی،
2. مداخلات طبی.

آرام سازی

آرام سازی، یا یک مداخله ارزشمند بوده که نرسها می‌توانند آنها جهت مقابله با پرخاشگری و خشونت استفاده کنند. پرخاشگری اصطلاحی است که از برخورد لفظی و غیر لفظی ترکیب یافته است، در صورتی که بطور درست استفاده شود، خطر خشونت که بشمول خشم بیمار و برگرداندن وی به یک حالت راحت‌تر دماغی می‌شود را کاهش دهد، که اصول آن دربرگیرنده موارد ذیل می‌باشد:

- شناسایی فاکتورهای مشتعل کننده در هر فرد استفاده کننده خدمات صحتی و حصول اطمینان از اینکه معلومات به تمامی کارمندان مربوطه که در مراقبت فرد استفاده کننده خدمات دخیل می‌باشد قابل دسترس باشد،
- مستند کردن استراتژی‌های اداروی مراجعین استفاده کننده خدمات از فاکتورهای مشتعل کننده که بصورت واضح در پلان مراقبت بیمار ذکر گردیده است،
- دخیل ساختن بیمار منحنی یک اشتراک کننده فعال در پلان مراقبتی وی،

- ارتباط برقرار کردن با بیماران و وادار نمودن آنها در پیشبرد راه حل‌های مثبت یا بدیل آن، جهت رسیدگی به مسایلی که سبب ناامیدی/ ناکامی آنها می‌گردد،
 - به حساسیت‌های قومی، فرهنگی، مذهبی و جنسی بیمار باید احترام گذاشته شود،
 - آگاهی از رفتار غیرپرخاشگراییانه و یا زبان بدنی پرخاشگراییانه توسط بیماران و یا کارمندان،
 - اهمیت مرزها و سازگاری رویکردهای کارمندان.
- تصمیم نمودار درختی مداخلات دارویی یا فارمکولوژیک**



مراحل	عملکرد	مأخذ
ارزیابی	1. ممکن شامل یک یا ترکیبی از موارد ذیل باشد: - از دست دادن کنترل توسط بیمار که هریک از موارد ذیل را دربرخواهد داشت: - تجاوز فیزیکی دیگران، - تخریب شدید جایداد/ دارایی، - وارد نمودن جروحات شدید به دیگران، - وارد نمودن جروحات شدید به خود. - زبان بدنی	Xeniditis et al (2001) Blair (1991) Fry et al (2002) Beck et al (1984) Stuart GW et al (1987)

مرکز همکاری های ملی برای نرسنگ و مراقبت های حمایوی (2005)	- مشت بسته یا Clenched fists ، - فک بسته یا Clenched jaw ، - وضعیت راست یا Rigid posture ، - پریشانی نمایانگر مساعی شدید برای کنترل احساسات ، - سراسیمگی ، - فعالیت حرکتی روبه ازدیاد . • گفتار خصمانه تهدید آمیز • داشتن اسلحه • رفتار تحریک آمیز - استدلالی ، - ناراض ، - واکنشی ، - فوق العاده حساس ، - کنترل ضعیف انگیزه . 2. ارزیابی خطر برای پرخاشگری - در همکاری با تیم مراقبت کننده چند انتظامی و دیگر متخصصین صحتی و علائم مقدم و هشدار دهنده - به راه اندازی ارزیابی برای پرخاشگری قریب الوقوع با استفاده از چکلیست خشونت بروست (Broset Violence)	
SCGH رهنمودهای عاجل طبی (2004) کمیتة معالجوی و دارو آسترلیای غربی (2003) Rose et al (2002) Shaw et al (2003) Marcantonio (2005) Byrne (2005) Bateman (2003) Gareri et al (2003)	تطبیق دارو (تداوی فمی) • گزینه 1 - Diazepam 2-20 mg یا - Clonazepam 0.5 – 2mg یا - Lorazepam 1 – 2.5mg در صورت نیاز بعد از 60 دقیقه تکرار شود. در صورتیکه مؤثر نباشد گزینه 2 را انتخاب کنید. • گزینه 2 - Haloperidol 1.0 – 2.5mg با اضافه نمودن - Diazepam 5 – 20mg یا - Clonazepam 0.5 - 2.0 mg یا - Lorazepam 1 – 2.5mg در صورت نیاز بعد از 60 دقیقه تکرار شود. در صورتیکه مؤثر نباشد گزینه 3 و یا طریقه زرقی را انتخاب کنید. • گزینه 3 - Olanzapine 2.5 – 5 mg	تداوی خفیف نمیمه برانگیخته قدم زدن خفیف برانگیخته - هنوز خواهان صحت کردن معقولانه است. متوسط برانگیخته - حساس ، بیشتر متکلم ، غیر منطقی یا متخاصم میگردد .

	یا - Risperidone 0.5 – 2.0mg	
SCGH رهنمودهای عاجل طبی (2004) کمیتته معالجوی و دارو آسترلیای غربی (2003) Rose et al (2002) Shaw et al (2003) Marcantonio (2005) Byrne (2005) Bateman (2003) Gareri et al (2003)	تطبیق (IMI or IV) • گزینه 1 - Haloperidol 2.5 – 5 mg همراه یا بدون • گزینه 2 - Diazepam 2.5 – 10 mg با مقدار 2.5 ملی‌گرام تکرار کنید تا تسکین کافی بدست بیاید.	تداوی بسیار برانگیخته بسیار برانگیخته - پریشان، ترسنده، پرسروصد / و ممکن خشونت آشکار را نیز دربرداشته باشد.
SCGH رهنمودهای عاجل طبی (2004) کمیتته معالجوی و دارو آسترلیای غربی (2003) Rose et al (2002) Shaw et al (2003) Marcantonio (2005) Gareri et al (2003)	• کارمندان احیای مجدد و مجرب در تمام حالات باید موجود باشد تا در صورت وقوع انحطاط تنفسی اقدامات عاجل را جهت حفظ حیات بیمار روی کار گیرند. • وظیفه تنفسی بیمار باید حین تطبیق بنزودیازپین‌ها باید نظارت شود. • مد نظر گرفتن داروهای معمول بیمار ممکن در حالت شعوری بیمار کمک نمائید.	احتیاط
مرکز همکاری‌های ملی برای نرسنگ و مراقبت‌های حمایوی (2005)	1. زمانی‌که برانگیختگی بیمار برطرف گردید، برای بیمار فرصت گفتگو / سوال نمودن را در مورد حادثه داده و کوشش گردد تا علت برانگیختگی بیمار دریافت شود. این کار ممکن استفاده از مهارت‌های چون مهارت‌های شنیدن و شیوه‌های گفتگو را نیاز داشته باشد. 2. مطمئن شوید که پلان تداوی انحصاری (Pre-emptive Managerment) برای دوره‌های بعدی خشونت موجود باشد. 3. برای کارمندان فرصت سوال نمودن بعد از حادثه را دهید.	اداره متداوم بیمار

دستورنامه دارویی برای پرخاشگری و سراسیمگی در صحت روانی

صنف بندی	دارو	مقدار	عوارض جانبی
Antipsychotic	Olazepine	5.0 – 20 mg / 24 hours	افزایش وزن تفریط فشار خون تأثیرات Anticholergic

بیخوابی سراسیمگی تأثیرات خارج اهرامی یا Extrapyrarnidal اضطراب سردردی	6.0 – 8.0 mg / 24 hours	Risperidol	Antipsychotic
تأثیرات Extrapyrarnidal تأثیرات Anticholergic حرکات Dystonic Akathesia	Oral: 1.0 – 100 mg / 24 hours Intramuscular: 2.0 – 10.0 mg initially then further doses given 30 – 60 minutely depending on patient response – should not exceed 100 mg / 24 hrs	Haloperidol	Antipsychotic
وابستگی انحطاط سیستم عصبی مرکزی یا CNS Anterograde amnesia بازدارى زدایى تسمم انحطاط تنفسى	4.0 – 8.0 mg	Clonazepam	Benzodiazepine
وابستگی انحطاط CNS Anterograde amnesia ناتوانی در جلوگیری از بروز احساسات تسمم انحطاط تنفسى	5.0 – 20 mg	Diazepam	Benzodiazepine
وابستگی انحطاط CNS Anterograde amnesia بازدارى زدایى تسمم انحطاط تنفسى	2.0 – 4.0 mg	Lorazepam	Benzodiazepine
تأثیرات Anticholenergetic مانند خشکی دهن، توسع حدقه ها، flushing، وخیم شدن گلوکوما، hesitancy ادرار، قبضیت، دلبدی، دید مغشوش. تأثیرات مرکزی شامل سرگیچی، برسامات، euphoria و فرط تب یا hyperpyrexia میباشد.	1.0 – 2.0 mg	Benztropine	Anticholergic

(Psychotropic, 2000; Perry et al, 1997) : رهنمود های درمانی)

برای رهنمایی کامل لطفاً به رهنمود طرزالعمل نرسنگ مراجعه کنید.

رهنمود برای دارو آنتی سایکوتیک Anti-psychotic

استفاده رهنمود برای دکتوران و نرها

1. نکات کلیدی برای استفاده کلینیکی بهتر دارو Antipsychotic

1.1: دلالت / استدلال:

یک دارو قدیمی Antipsychotic فمی (دهنی) باید به گونه دارو خط اول برای تداوی افرادی که جدیداً بیماری Schizophrenia تشخیص گردیده است، مدنظر گرفته شود.

1.2: مقدار دارو:

- مقدار دارو باید به حداقل مقدار پیشنهاد شده درمانی حفظ شود،
- همیشه باید در ابتداء مقدار کمتر تأثیر گذار دارو با عیار نمودن غلظت آن براساس پاسخ کلینیکی و نظارت مؤثریت مقدار آن و نیاز متداوم آن به منظور تداوی تجویز شود / استفاده گردد،
- مقدار دارو Antipsychotic وصفی و غیر وصفی باید مطابق حدود تجویز شده مرجع تولید کننده آن توصیه شود. علت تجویز مقدار بیشتر این دارو باید توضیح داده شده و در اسناد درج گردد،
- داروهای تسکین کننده فوری اعصاب باید استفاده شود. مقادیر افزونی عاجل باید با نهایت احتیاط استفاده شود.

1.3: انتخاب دارو:

- انتخاب دارو باید بر اساس عکسالعمل قبلی شخص، قبول نمودن خود بیمار، تاریخچه عوارض جانبی انفرادی و ارزشهای مادی آن یعنی کم بودن نرخ آن، دیگر داروهای تجویز شده و موجودیت همزمان دیگر امراض در این بیمار،
- داروهای Antipsychotic غیر وصفی یا عرفی/ وصفی نباید همزمان تجویز شود مگر برای دوره‌های کوتاه مدت تا تغییر را تحت پوشش قرار دهد،
- فورمول بندی دیپوت (ذخیره گاه داروها) فقط در صورت موجودیت شواهد قوی عدم وابستگی به دارو باید در نظر گرفته شده تجویز گردد،
- باید ارائه گردد برای بیماران که مصاب به شیزوفرنی که حداقل به دو آزمایش کافی داروهای Antipsychotic پاسخ نداده

- باشند، باید برای‌شان یک آزمایش دیگر با Clozapine صورت بگیرد،
- استفاده و قیایوی مشتقات Anticholinergic باید برای هر شخص تعیین گردیده و ارزیابی دوباره آن بعد از هر 3 ماه باید تکرار شود.

1.4: دوره تداوی / مدت:

- دوره تداوی امتحانی باید حداقل 4 الی 8 هفته قبل از تغییر دادن دارو Antipsychotic باید داروم داده شود،
- تداوی باید حد اقل برای مدت 12 ماه ادامه داده شده و بعد در صورتی‌که مرض کاملاً فرو نشست می‌توان آنرا بطور تدریجی طی حد اقل 1 الی 2 ماه قطع کرد.

1.5: معاینه:

معاینه روزانه کلینیکی و معاینه خون باید طبق توصیه‌های که در این رهنمود ذکر گردیده است، صورت بگیرد.

2: توجه خاص:

2.1: بیماران مسن و استفاده از داروی Psychotropic

- احتیاط:** تداوی مؤثر با داروهای Psychotropic معمولاً با مقادیر کمتر در بیماران مسن نسبت به بیماران بالغ نسبتاً جوان‌تر بدست می‌آید، اختلال در وظایف کلیه (گرده) یا کبدی (جگر) نیز مستلزم / تضمین تطبیق مقادیر کمتر این داروها می‌باشد. برعلاوه استفاده از مقادیر اندک، عکس‌العمل بیماران مسن باید بسیار محتاطانه نظارت شود،
- فاکتورهای خطر حادثات قلبی / Stroke باید ارزیابی گردد در خط مبنا و در طی تداوی،
 - Benzodiazepine ممکن سبب بوجود آمدن انحطاط تنفسی گردد. وظایف تنفسی باید مورد مشاهده قرار بگیرد،
 - Benzodiazepine ممکن خطر Confusion (پیشانی) و افتادن را در بزرگسالان افزایش دهد،
 - Benzodiazepine های که داروم تأثیر کوتاه دارند بیشتر ترجیح داده می‌شوند مانند Lorazepam برای استفاده فمی (دهنی)،
 - Benzodiazepine ها و داروهای بروز دهنده فعالیت‌های Anticholinergic ممکن سبب افزایش تحریک یا برانگیختگی در افراد مسن گردیده و هایپرترافی پروستات و گلوکوما را تشدید نمایند،
 - عوارض جانبی خارج اهرامی برخاسته از دارو Haloperidol را می‌توان با استفاده از Benzotropine 500µg(micrograms) از طریق تطبیق فمی یا زرقی عضلی تداوی کرد،
 - مداخلات فارمکولوژیک یا دارویی را همیشه در پیوست با مراقبت مناسب نرسنگ مثلاً مراقبت خاص یک به یک استفاده کرد.
 - اسباب فزیک برای بوجود آمدن سراسیمگی یا Agitation مانند پر بودن مثانه، صدمه در سر را دور نمایند،
 - درنظر داشته باشید احتمال وضعیتی فشار خون پایین و خطر افتادن بیماران را هنگام استفاده از داروهای Antipsychotic.

2.2: خانم‌ها بار دار و یا شیردی مثل: (از mhGAP):

توضیح نتیجه از خطر نا سازگار برای مادر و طفلش داده شود، شامل از خطر زایمانی پیچیدگی‌ها و برگشت بیماری روانی (خصوصاً " اگر دارو تغییر یا توقف می‌شود)،

- خانم‌ها که دچار بیماری روانی (psychosis) و پلان می‌کنند که حمل گیرند یا شیردی باشند باید با مقدار کمتر/ پایین از دارو فمی (دهنی) Haloperidol or Chlorpromazine تداوی شوند،
- جلوگیری نمائید از استفاده روزمره Depot Antipsychotics.

عامل اختلالات وابسته با تداوی

تهیج یا Agitation	بکوشید تا یک Benzodiazepine فمی کوتاه مدت را علاوه کنید مانند Clonazepam 1-2mg (non-PBS for this indication) یا Diazepam 5-20mg یا lorazepam 2.5mg (non-PBS).
انگیختگی یا Arousal	بکوشید تا یک Benzodiazepine فمی کوتاه مدت را علاوه کنید مانند Diazepam 5-20mg، Clonazepam 0.5-2mg یا Lorazepam 1-2.5mg، در صورتی که وضعیت کلینیکی ایجاب می‌گردد، از Clonazepam 2mg یا Midazolam 5-10mg زرق عضلی استفاده کنید. در صورت عدم موفقیت می‌توانید از Zuclopenthixol Acetate (Clopixol-Acuphase) فقط در صورتی که بیمار تحت تداوی دارو Antipsychotics باشد.
بیخوابی یا Insomnia	بکوشید تا یک دارو کوتاه مدت فمی Benzodiazepine را مانند Temazepam 10-20mg علاوه نمائید.
عکس‌العمل حاد Dystonic	بکوشید تا یکی از مشتقات Anticholinergic را مانند Benztropine 2mg زرقی عضلی یا وریدی الی دوز اعظمی 6mg در 24 ساعت علاوه کنید.
Tardive dyskinesia	(Tardive dyskinesia = حرکات مکرر غیر ارادی بدن) خطرات متداوم Tradive Dyskinesia را توأم با تداوی وقایوی مداوم در نظر داشته باشید. در نظر بگیرید تا تداوی را با یک دارو Antipsychotic غیر وصفی و یا Clozapine تغییر دهید.
عدم جلوگیری از بروز احساسات یا Disinhibition	Disinhibition معمولا 2 الی 3 روز بعد از تداوی توسط داروهای Benzodiazepine واقع می‌شود. در این صورت گزینه دیگری را برای تداوی در نظر بگیرید مثلا، مقادیر کمتر از داروهای Atypical Antipsychotics.
Akathisia	(Akathisia) علائم مشخص شده با احساس ناگوار از نا آرامی درونی که قابل مشاهده است از توی ناتوانی درمان جو تا آرام باشد یا بی حرکت نگهداری شود: از سبب دارو (Antipsychotics)، مقدار دارو Antipsychotic را در صورت امکان کاهش دهید. در صورتی که هنوز هم این عرض باقی بماند، Propanolol 10mg روز دو مرتبه، یا Clonidine 50-100µg روز دو مرتبه یا Benzodiazepine را علاوه کنید.
Neuroleptic malignant syndrome	(NMS) اختلال عصبی، تهدید زندگی است عموما " سبب شده توسط یک عکس‌العمل نا سازگار Antipsychotics. شامل شخی عضله، تب، ناستواری (خود کار نبودن) و تغییر در شناخت از قبیل Delirium /سرسام). بعد از وقوع و تداوی این سندروم، یک دارو بدیل Atypical Antipsychotic یا Clozapine را در نظر بگیرید.
اعراض منفی مداوم یا Persistent negative	تبدیل دارو را به یک دارو بدیل Atypical Antipsychotic یا Clozapine در نظر بگیرید. افسرده‌گی را در نظر بگیرید. در صورت مناسب بودن، افسرده‌گی را با یک دارو SSRI تداوی کنید. (به رهنمود

symptoms	ضد افسردگی (WAPDC مراجعه کنید.)
عدم وابستگی مداوم یا Continual non-adherence	ایجاد دلایل برای عدم وابستگی (عدم تطابق). بیمار و پایواز را در مورد دلیل و اصول تداوی مداوم معلومات دهید. بیمار را در مورد عوارض جانبی داروهای Antipsychotic و تداوی شدید این عوارض جانبی معلومات دهید. افسردگی موجوده را تداوی کنید. ذخیره نمودن دارو Antipsychotic را در نظر داشته باشید.

رهنمود بتفصیل روی مقدار و عوارض جانبی

4.1: رهنمود برای داروهای معمولی Antipsychotic (Antipsychotic) های

(وصفی)

داروهای معمول Antipsychotic (به استثنای Mepazine و Promazine) در تداوی اعراض روانی Schizophrenia، هرچند در توانایی و شدت بوجود آوردن عوارض جانبی از هم متفاوت می‌باشند، مؤثراند. داروهای معمول Antipsychotic را می‌توان به سه گروه نظر به شدت تأثیرات Antipsychotic آنها را دسته بندی کرد:

- مشتقات دارویی با **شدت-بلند** شامل Haloperidol و Fluphenazine
- مشتقات دارویی با **شدت-متوسط** شامل Loxapine و Perphenazine
- مشتقات دارویی با **شدت-کم** شامل Chlorpromazine و Thioridazine

جدول ذیل صنف‌های عمده ای Conventional Antipsychotic ها، داروهای عمده در هر صنف، مقدار اعظمی روزانه آنها بروفق BNF و رهنمود بربنیاد تمایل آنها جهت ایجاد معمولترین عوارض جانبی آنها را ارایه می-دارد.

داروهای معمولی Antipsychotic (Antipsychotic) های (وصفی):

کلید جدول عوارض جانبی: (هیچ گزارش داده نشده = -)، (خفیف = +)، (متوسط = ++)، (شدید = +++)، (شهادت نهایی/ قطعی نشود = ؟).

گروه / صنف	نام دارو	مقدار اعظمی روزانه	عوارض جانبی نسبی با مقدار اوسط							کننده-گان آخذہ D2 و تأثیرات Anti-
			EPSE	Anticholinergic	Cardiac	Hypotension	Sedation	minor O.D		
Phenothiazines										
Aliphatic	Chlorpromazine	1g	++	+++	++	+++	+++	+++	Moderate D2	
	Methotrimiprazine	1g	++	+++	++	+++	+++	?	Moderate anti-Ach	
	Prochlorperazine	800 mg	+	++	+	++	++	++		

Dibenzoxazepine	Diphenylbutylpiperidines	Butyrophenones			Thioxanthenes				Piperazine				Piperidine	
		Drop erido l	Depo t	Halo perid ol	Depo t	Zuclo penthix ol	Depo t	Flupenthix ol	Trifluo perazine	Perphenazine	Depot	Fluphenazine	Pericyazine	Thioridazine
Loxapine	Pimozide (ECG prior)	120 mg (P.O.)	300 mg- 4/52	120 mg	600 mg- 1/52	150mg	400 mg - 1/52	18mg	--	24mg	100 mg- 4/52	20mg	300 mg	800 mg
+++	++	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	+++	+++	+++	+++	+	+
++	+	++	+	+	++	++	+++	++	--	+	++	++	+	++
+	+++	+	+	+	+	+	--	--	+	+	+	+	++	+
+	++	++	+	+	+	+	--	--	+	+	+	+	++	++
++	+	++	++	+	++	++	+	+	+	++	++	++	+++	++
?	+	+	?	+	?	?	+	+	++	++	+	+	++	++
										Lower anti-Ach	Higher D2	Higher D2		

Substituted Benzamides	Sulpiride	2.4g	+	+	-	-	+	+	? specificity for D2 in A10 - mesolimbic system
------------------------	-----------	------	---	---	---	---	---	---	---

4.2: رهنمود روی استفاده نسل دوم دارو Antipsychotic وصفی (Atypical)

گورپ	دارو	مقدار اعظمی روزانه	عوارض جانبی نسبت اوسط به مقدار کلید: (هیچ گزارش داده نشده = -)، (خفیف/خطر کم = +)، (خطرمتوسط/میانه = ++)، (شدید/خطر بالا = +++)، (شهادت نهایی/قطع نشود = ?).							
Atypical Antipsychotic medications	Risperidone	16mg	EPSE	Anti Cholinergic	Cardiac	Hypotension	Sedation	Neuroleptic malignant	Sexual dysfunction	Weight gain
	Olanzapine	20mg	--	+	--	--	++	+	+	+++
	Quetiapine	750mg	--	+	+	+	+	+	+	++
	Amisulpride	800mg	+	--	+Bradycardia	--	--	--	--	--
	Clozapine	900mg	--	+++	+++	+	+++	+	+	+++
			0	++	++	+	++	+	+	++
			?	++	+	+	+	+	+	++
			?	?	--	?	?	?	?	?
			?	?	?	?	?	?	?	?

ورق معلومات مختصر از استفاده عمومی دارو وصفی (Atypical Anti psychotic)

Quetiapine (Seroquel,	Risperidone (Risperdal,	Olanzapine (Zyprexa,	
25mg, 100mg, 150mg, 200mg filmcoated tablets	1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 6mg scored tablets and 1mg/1ml liquid	2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg film-coated tablets	فرومول بندی
schizophrenia	schizophrenic	schizophrenia	موارد استعمال
بالغین: Day 1: 25mg bd Day 2: 50mg bd Day 3: 100mg bd Day 4 on: 150mg bd	بالغین: Day 1-3: 1mg bd or 2mg od Day 4-6: 2mg bd or 4mg od Day 7 on: 3mg bd or 6mg od.	بالغین: 10mg nocte کاهلین، اختلالات کبدی (کلیدی): 5mg nocte	مقدار ابتدایی (توسط روان درمان)
بالغین: 300-450mg per day جداگانه (max 750mg/day)	بالغین: 3mg bd or 6mg od (range: 4-8mg/day) NB. دوزهای اضافی از 8mg در روز دیگر مؤثر	بالغین: 15mg nocte (range 10-20mg nocte)	مقدار نگهدارنده
معمول: خواب آلودگی، سرگیچی، قبضیت، تفریط فشار وضعیتی، تکی کاردیا، خشکی دهن، افزایش غیر ALT/AST. دیگر: افزایش وزن، asthenia عارضی: rhinitis، سهاضمه نادر: NMS، اختلالات، Dyscrasias	معمول: بیخوابی، هیجان یا agitation، اضطراب، سردردی دیگر: خواب آلودگی، سرگیچی، کاهش فشار خون، تکی کاری، افزایش وزن. Hyper-prolactinemia و EPSE وابسته به مقدار اخذ دارو بوده که در صورت اخذ مقادیر بیشتر از 8mg در	معمول: خواب آلودگی، وزن گرفتن دیگر: گیچی، افزایش اشتها، ادیما اطراف، تفریط فشار وضعیتی، قبضیت، خشکی دهن، افزایش گذری غیر عرضی ALT/AST، افزایش گذری Prolactin (ندرقیاضی است) نادر: NMS، Blood	عوارض جانبی (اثرات نا سازگار)

(Antipsychotics)

جدول 4: پروتکل نظارتی برای بیماران نسل روی دارو Antipsychotic دوم							
پارامتر ارزیابی	روز 1	روز 2	روز 3	روز 4	روز 5	روز 6	روز 7
تاریخچه فامیلی و دارو شامل مرض قلبی	X					X	
ورن (مربوط به جدول بدن)	X	X	X	X	X		
اندازه گیری کمر (محیط)	X					X	
فشار خون	X			X		X	
نگهداری میزان قند خون	X			X		X	
نگهداری میزان چربی خون	X			X			X

رهنمود ها در مورد بینزودیازپین (دکتران و نرس ها)

قبل از تجویز دارو:

- تاریخچه مکمل را بشمول استفاده از الکل و مواد ممنوع اخذ نمائید،
- بیمار را از عوارض جانبی بینزودیازپین ها آگاه نمائید،
- در صورتی که امکان داشته باشد، اسباب اساسی را در نظر داشته و تداوی کنید،
- تداوی های عوضی یا متبادل را در نظر داشته باشید. استفاده کوتاه مدت. بنزودیازپین برای تداوی اضطراب خفیف مناسب می باشد. در صورتی بی خوابی پیش از آنکه بنزودیازپین استفاده شود علائم باید شدید و ناتوان ساز باشد.

زمانی که برای اولین بار دارو را تجویز می نمائید:

- با کمترین دوز تجویز شده آغاز نمائید، اما ممکن لازم باشد تا نظر به عکس العمل بیمار تنظیم گردد،
- برای مدت بیشتر از 4 هفته تجویز ننمائید،
- تمام جزئیات داروی تجویز شده و مدت تداوی را ثبت نمائید.

برای بیمارهای که به بینزودیازپین وابستگی دارند یا کسانی که به- صورت دوام دار برای شان دارو تجویز می گردد:

- مقدار کم را در یک وقت برای بیماران سراپا تجویز کنید (معمولاً نباید بیشتر از یک هفته)،
- بصورت منظم بررسی نمائید (معمولاً ماهانه)،
- بینزودیازپین طولانی مدت باید به دوز های کسری داده شود دیازپیم باید اضافتر از 5 mg سه وقت در روز و یا معادل آن داده نشود،
- اطمینان حصول نمائید که تمام بیماران را از خطرات استفاده طولی‌المدت بینزودیازپین آگاه نموده‌اید و این مکالمه را ثبت نمائید،
- تمام بیماران/مراجعین را که وابستگی دارند به ترک تشویق نموده و برای‌شان پیشنهاد نمائید تا در پروگرام‌های سم زدایی به فواصل منظم (حد اقل سالانه) اشتراک نمایند. بیماران که تقاضای قابل توجه تجویز مکرر بینزودیازپین‌ها را دارند با اعتیاد مانند سوء استفاده از اوپیات یکجا می‌باشند.

استطبایات

اضطراب

داروهای ضد اضطراب بینزودیازپین اصولاً برای تسکین کوتاه مدت اضطراب و اعراض مربوطه ناتوانی که در نتیجه سبب پریشانی شدید قابل توجه یا مشکلات در فعالیتهای اجتماعی می‌باشد باید تجویز گردد. اشکال دیگر اضطراب ممکن توسط روش‌های روانشناختی یا تداوی فارمکولوژیک که به استفاده طولانی مدت مناسب باشد تداوی شود. سبب اساسی باید تعیین و اداره شود.

بینزودیازپین‌ها باید معمولاً بیشتر از یک‌ماه تجویز نشوند. در بعضی حالات تجویز بنزودیازپین‌های طولی مدت ممکن پسندیده فکر شود بخاطری که داروی عوضی (متبادل) کمتر مفید فکر می‌شود. این ممکن حالت‌های مانند اضطراب مزمن مقاوم در مقابل تداوی یا در بیماران که وابستگی ایجاد گردیده و قادر به ترک موفقانه نمی‌باشد. درینجا بعضی حالت‌های دیگر موجود است که در آن اضطراب توسط بیماری‌های دیگر پیچیده شده است اینجا بخاطر شدت امراض دیگر ممکن خطر وابستگی قابل قبول پنداشته شود.

خواب

بینزودیازپین‌ها موثر، محفوظ بوده و استفاده کوتاه مدت دارو خواب آور به‌منظور رفع بیخوابی تصدیق گردیده است. راهنمودهای ذیل را باید بخاطر داشته باشید:

- تجویز دارو باید:
- محدود به 2 یا 4 هفته،
- درکمترین دوز موثر،
- بصورت متقطع تجویز گردد.

باید حالت ابتدایی دیگر مانند افسردگی یا سوء استفاده از مواد بطوری که سبب بیخوابی شده است، توجه شود.

زمانی که تداوی را آغاز می‌نمائید این ممکن مفید واقع شود که به بیمار درمورد اینکه این تداوی برای مدت محدود می‌باشد معلومات داده و بصورت دقیق در مورد اینکه چگونه دوز را به تدریج کاهش می‌دهید توضیحات ارائه نموده. برعلاوه، مهم است که به بیمار درمورد امکان برگشت بیخوابی آگاهی داده شود. بدینوسیله، اضطراب بیمار درمورد این که اگر این اعراض بعد از قطع دارویی بروز می‌کند کاهش دهید.

قبل از شروع نمودن تداوی فارمکلوزیک مهم است که با بیمار در مورد مشکلات خواب آنها بحث نمائید و با آنها درمورد این که چگونه مشکلات خواب خود را کاهش دهد معلومات ارائه نمائید.

- مقدار نورمال خواب نظر به سن بسیار متفاوت می باشد و معمولاً نظر به سن کاهش می یابد.
- مشکلات موقتی خواب در زمان فشار روانی یا امراض فیزیکی معمول می باشد.
- تشویش در مورد عدم توانایی به خواب می تواند باعث تشدید بی خوابی گردد.
- تحریک کننده ها (شامل چای و قهوه) می توانند باعث یا تشدید بی خوابی گردد.
- بخاطر آنکه اختلالات خواب اکثراً از سبب عادت خواب نامناسب بوجود می آید مهم است که به شخص مشورت دقیق درمورد روتین خواب نورمال داده شود.

بیقراری

بنزودیازپین ها را همچنان می توان برای کنترل بیقراری حاد، در بیقراری حرکی استفاده کرد. استفاده کوتاه مدت این دارو به منظور تسکین بیمار ممکن موثرترین راه به کاهش عامل حالت خطرناک باشد. بطور مثال، lorazepam 0.5 الی 1mg عضلی. استفاده طولانی مدت بنزودیازپین ها ممکن باعث ایجاد گیجی، تهیج یا عدم جلوگیری از بروز احساسات که درحقیقت سبب تشدید بیقراری و پرخاشگری می گردد. استفاده طولانی مدت بنزودیازپین ها در بی خوابی یا بیقراری شبانه موثر نیست.

استفاده دارو بنزودیازپین ها:

وقتی که بنزودیازپین ها تجویز و تطبق می گردد، این توصیه شده است که انتخاب اولی فمی (دهنی)، بعد از آن وریدی و طبقه بندی آخر است، عضلی جای قابل اجراء باشد.

دارو	دوز معادل	دوز/ مقدار کمترین	دوز بالاترین/ دوز ظمی روزانه	دوز بالاترین روزانه مسن	دوز/ مقدار وریدی	عضلی (انتخاب آخری)
	5mg	2mg	30mg divided dose	1/2 adult dose 15mg	5mg/min rate 4hrly	5mg ساعت 24
Lorazepam	500 micrograms	1mg	4mg	1/2 adult dose 2mg	1.5-2.5mg 6hrly	2mg ساعت 6
Temazepam	10mg	10mg	40mg	1/2 adult dose 20mg	----	-----

کلید: انی کلید برای نمودار ذیل می-		
ضعیف	متوسط	Strong:
+	++	+++

Chlordiazepoxide	15mg	10md	100mg /3 times	½ adult dose 50mg	---	---
Nitrazepam	5mg	5mg	10mg nocte	½ adult dose 5mg nocte	---	---
Oxazepam	15mg	15mg	50mg	½ adult dose 20mg	---	---
Clonazepam	250 micrograms	1mg	8mg	½ adult doses		
Alprazolam	-----	250mc	3mg	750microgram/ 3doses	---	---
Chlordiazepoxide برای ترک الکل روی هفت روز	10-30mg QDS دوز کمتر تدریجی روی هفت روز کم نمائید					دوز عظمی/ بالاترین 10-50mg QDS تدریجی روی ده روز کم نمائید

مشخصات دارو

	Medication دارو	Anxiolytic ضد اضطراب	Sedative/Hypnotic مسکن / خواب آور	Potency توانایی
نتیجه گذار در مدت کوتاه Short Acting	Midazola m	+	++ +	
	Lorazepa m	++ +	+	بلند
	Oxazepa m	++ +	+	پایین
	Temazepa m	+	++ +	پایین
نتیجه گذار در مدت طولانی Long-Acting	Chlordiazepox ide	+		پایین
	Nitrazepa m	+	++ +	.
	Clonazepam	+	+	بلند

عوارض جانبی / اثر جانبی فوری:

عوارض جانبی زیادتر عمومی	خواب آلودگی، سرگیجه، گیجی، ناهماهنگی حرکتی (کمی در کنترل عضله)، حافظه ضعیف، افزایش پرخاشگری غیرمنطقی، عضله ضعیف.
عوارض جانبی موقعیت	سر درد، گیج، فشار پایین، تغییر ترشح، تغییر در معده، اختلال دید، اختلال در گفتار، لرزش، تغییر در شهوت جنسی، بی‌اختیاری، نگهداری ادرار، اختلالات در خون.

مشکات تنفسی	وارض جانبی کم
-------------	---------------

عوارض جانبی / اثر جانبی از سبب استفاده طولانی مدت

تشریح مختصر	عوارض جانبی
بسیاری مردم به بنزودیازپین تحمل ایجاد می‌کند، اثرات و بدست آوردن کمی سود درمانی از مصرف شدید.	ایجاد تحمل
ایجاد وابستگی فیزیکی و روانی هر دو بر بنزودیازپین-ها است.	وابستگی
علائم بازگیری می‌تواند که طولانی مدت باشد و می‌تواند که در هر وقت تا سه هفته بعد از توقف بنزودیازپین-ها طولانی مدت، یا یک چند ساعت بعد از توقف کوتاه مدت‌اش ایجاد گردد که شامل: علائم اضطراب، افسردگی، حالت استفراغ و تغییرات ادراکی می‌باشد.	علائم بازگیری

احتیاط

توصیه / پیشنهاد	گروه درمان جو
احتیاط نمائید بخاطرخطر انگیختن بیهشی (کوما)	اختلال جگر
خطر از علائم صرفنظر طفل	بارداری
واضح است که بنزودیازپین ها در شیر تصفیه می‌شود هنگام استفاده اگر امکان دارد جلو گیری نمائید.	مادران شیر دی
دوز (مقدار) پایین توصیه می‌شود. بنزودیازپین‌ها می‌تواند که سبب مشکلات تنفسی گردد. عمل طریق تنفسی باید نظارت شود. استفاده بنزودیازپین‌ها می‌تواند باعث افزایش خطر گيجی گردد. استفاده مدت بنزودیازپین ها دهنی/ فمی ترجیح داده شده است. Anticholinergic و بنزودیازپین ها می‌تواند انگیختگی دارو ها با فعالیت در مسن نیرومند سازد، بدتر کردن غده پروستات و بزرگ شدن عضو و کوری تدریجی (از دست دادن دید)	مسن
توصیه نمی‌شود	کودک‌ها

ماده چهارم: مقررہ صحت روانی جمهوری اسلامی افغانستان

"تمام تشکیلات صحتی و بنیادہای مربوطہ باید احکام ان ماده و تمام اسناد قانونی را در رفتار خود نسبت بہ افراد مبتلا بہ اختلالات روانی درنظر داشتہ باشند."

تعریف

تجرید عبارت از توقیف یک بیمار تحت نظارت در یک اتاق می‌باشد، کہ اتاق تجرید را می‌توان برای محفوظ نگہداشتن دیگران از صدمات جدی قفل کرد. یگانہ هدف آن، کنترول بیمارانی کہ دارای رفتار ناراحت کننده شدید ہستند می‌باشد، کہ ممکن سبب صدمہ رساندن بہ دیگران شود. تجرید باید در آخرین مرحلہ؛ برای کوتاہ ترین زمان ممکن استفادہ گردد. تجرید باید بہ منظور مجازات یا تہدید، یک بخشی از پلان تداوی؛ بخاطر کمبود کارمندان، در صورت موجودیت خطر خودکشی یا آسیب بہ خود استفادہ نشود. تجرید بیمارانی غیر رسمی باید مبتنی بر شاخص‌های کہ مورد نیاز است برای توقیف قانونی در نظر گرفتہ شود.

بہ بیان دیگر، قراردادن استفادہ کننده خدمات بصورت رسمی در یک اتاق مخصوص، تعیین شدہ برای یک مدت کوتاہ بہ منظور مدیریت کردن رفتار ناراحت کننده (خشونتگر) می‌باشد.

معیار/ شرایط برای تجرید

- هدف اصلی این پالیسی نشان دادن شرایط طرز کار مصئون، قانونی و عمل انسانی برای مدیریت کردن رفتار ناراحت کننده شدید کہ ممکن سبب صدمہ رساندن بہ بیمارانی و یا دیگران گردد می‌باشد، تصمیم گرفتن روی تجرید باید بصورت منظم تجدید نظر شود تا تصمیم گرفتہ شود کہ چی وقت می‌توانیم شیوہ‌های جایگزین مصئون‌تر را برای مدیریت خشونت و پرخاشگری استفادہ کرد.
- اگر بیمار بطور فعالانہ و فزیک با بیمارانی دیگر، کارمندان یا اقارب جنگ می‌کند.
- بہ منظور کاهش خطر خود آزاری و آسیب از جانب دیگران کہ ممکن از سبب مشکلات روانی شخص بوجود آمدہ باشد (کہ این خطر می‌تواند بشکل رفتار بیمار درمقابل دیگران و یا خودش باشد).
- شخص تہدید لفظی می‌نماید، کارمندان باید منتظر چنین شواہدی باشند و از روش‌های دیگری برای مدیریت پرخاشگری مانند مداخلات روانی یا دارو درمانی استفادہ کنند.
- استفادہ از تجرید، مہار کردن و تسکین بیمار از طریق تزریق وریدی در بخش داخل بستر شفاخانہ‌های صحت روانی سبب محدودیت آزادی بیمار می‌گردد. بنابراین این مداخلات باید تنها در حالت‌های شدید بہ شکل آخرین انتخاب تداوی در جای کہ هیچ نوع تداوی کمتر محدود کننده آزادی بیمار موجود نباشد استفادہ گردد. این مداخلات را ممکن بیمار بشکل یک نوع تہاجم درک کند و باید تنها در حالات شدید استفادہ گردد.

سلسله مراتبی که منجر به تجرید می‌گردد:

قبل از اینکه بیماری تجرید گردد، شواهد مستند باید نشان دهد که تمام مداخلات دیگر استفاده گردیده ولی موفق نبوده است و این مداخلات قرار ذیل اند:

- تکنیک‌های آرام سازی،
- مداخله دارو درمانی صورت گرفته است،
- برای بیمار انتخاب رفتن به اتاق تجرید به رضایت خودش داده شده است (تا بشکل درمانی جداگانه عمل نمائید).

صلاحیت

- تجرید می‌تواند توسط داکتر نوکریوال و نرس نوکریوالی که در شفت باهم کار می‌کنند آغاز گردد. نباید تنها توسط نرس نوکریوال آغاز گردد.
- تجرید باید در مشورت با ترینر روانپزشک مسئول بیمار، رئیس نرسنگ و یا معاونین (نمایندگان) خاتمه داده شود.

موارد منع استفاده:

- تجرید باید در حالات ذیل استفاده نگردد. این فاکتورها باید در جریان ارزیابی کلینکی و پلان مراقبتی در نظر گرفته شود:
- بقسم مجازات یا تهدید،
- بقسم زندان استفاده نگردد،
- باید در صورت موجودیت علائم استفاده گردد،
- به‌منظور بیقراری که از سبب ترک الکول بوجود میاید استفاده نگردد،
- بیمار با وضعیت طبی عمومی مانند دلیریوم یا بیمارانی که ضیاع شعور دارند باید تجرید نشوند،
- بقسم یک استراتیژی مدیریتی برای جبران کمبود کارمندان استفاده نگردد،
- بیمارانی که نیازمند نظارت یا نزدیکی کارمندان را به دلیل مشکلات طبی یا کلینکی دارند نباید تجرید گردند.

رسیدگی‌ها خاص

- برخی از اشخاص زمانی که تجرید می‌شوند ممکن دارای فاکتورهای مخصوص خطر باشند:
- بیمارانی مسن ممکن است در معرض عوارض جانبی ناشی از مشکلات صحت فیزیکی یا وضعیفی گردد و آنها باید به دقت تحت نظارت باشند اگر تجرید نمی‌تواند اجتناب گردد،
- بیمارانی با تاریخچه تروما (فیزیکی یا روانی) شاید در خطر خاصی از تروما مخلط در به بکاربردن تجرید باشد. باید در پلان مواظبتی بیمار هنگامی که دانسته شد یادداشت گردد و استراتیژی-های جایگزین مانند مداخلات رفتاری و دارویی باید تطبیق شود.

اصول مراقبت

تمام مداخلات صحت روانی باید با در نظر داشت احترام به شخص و تصمیم گیری همدلانه صورت گیرد. شیوه تجرید باید همیشه شامل موارد ذیل باشد:

1. تداوی باملاحظه و محتاط بیمار به حیث یک شخص به شمول ارائه توضیحات پروسیجری است که به بیمار داده شده است،
2. به محرمیت بیمار احترام قایل نموده و آنها را تشویق نمائید تا به خودشان احترام قایل شوند،
3. به نیازهای لسانی و فرهنگی بیمار احترام قایل شوید، و
4. رسیدگی کردن و فراهم نمودن ضروریات خاصی را که ممکن است بیمار داشته باشد،
5. برای بیمار باید پیشنهاد گردد تا بعضی اشیای پوشیدنی (مانند کمربند یا نکتایی) را به منظور تاکید محفوظیت با خودشان نداشته باشند،
6. غذا: غذا باید در اوقات معین فراهم گردد و محفوظیت بیمار بخاطر استفاده ظروف نظارت شود یا ظروف پلاستیکی استفاده گردد،
7. در صورت امکان باید آب پاک و تازه در دسترس بیمار قرار داشته باشد یا به فواصل هر یک ساعت بعد براساس ضرورت تامین محفوظیت تمام کارمندان فراهم گردد،
8. اگر تجرید بیشتر از 2 ساعت دوام کند یا در صورتی که شواهد کم شدن آب بدن یا اختلال میتابولیک موجود باشد در مدت زمان تجرید باید از چارت توازن مایعات استفاده شود،
9. اگر زمان تجرید الی عصر ادامه پیدا کرد، بستر محفوظ برای بیمار فراهم گردد تا بیمار گرم باشد.

حفظالمحبه:

- اگر بیمار به استفاده تشناب ضرورت پیدا کند، به منظور تامین محفوظیت بیمار باید توسط یکتعداد کارمندان موظف که یکی از آنها باید همجنس بیمار باشد، تحت نظارت مدیریت گردد.

وقار:

- هیچ بیماری باید بدون لباس در اتاق تجرید قرارداده نشود،
- برای بیمار باید بصورت کافی اجازه استفاده از تشناب و فرصت حمام کردن فراهم گردد.

سلامتی فیزیکی:

- اگر تجرید بیشتر از چهار ساعت دوام پیدا کند، تجرید باید قطع گردد و به بیمار اجازه داده شود که خارج از اتاق تجرید قدم بزند، حمام نمائید یا در صورتی که بصورت محفوظ اداره نموده می-توانید استفاده از تشناب در نظر گرفته شود،
- ممکن است به کارمندان اضافی و یا مامورین امنیت نیاز شود، و باید تحت نرس مسئول کار کنند. دوره خارج از تجرید ممکن بمثل یک دوره امتحانی در نظر گرفته شود. اگر موفق باشد، ممکن است تجرید خاتمه داده شود.

دوام و دفعات:

در صورتی که به تجرید ادامه داده شود، بررسی باید طبق ذیل صورت گیرد:

- هر 2 ساعت بعد توسط دو کارمند که حداقل یکی از آنها باید نرس باشد بررسی صورت گیرد، چون این یک بررسی رهبری شده توسط نرس می‌باشد،
- هر 4 ساعت بعد توسط شخص بلند رتبه و یک داکتر (بررسی رهبری شده توسط داکتر پایین رتبه)،
- هر 8 ساعت باید توسط تیم چند- مسلکی و یا داکتر ترینر و یا معاون آن بررسی تکمیل گردد،
- اگر تجرید بیشتر از 24 ساعت دوام پیدا کرد، باید بصورت متقطع 12 ساعت بعد توسط داکتر ترینر بررسی صورت گیرد. حداقل یک مرتبه در این دوره یا هم درهمین نقطه، باید درمورد وضعیت بیمار به رئیس دیپارتمنت صحت روانی آگاهی داده شود، و بعد از 24 ساعت معلومات آنها آپدیت گردد،
- اگر تجرید بیشتر از 24 ساعت دوام پیدا کرد داکتر ترینر باید حداقل یک مرتبه با بیمار ملاقات نموده و یا به داکتران پایین رتبه هدایت دهد،
- در صورتی که بررسی 8 ساعته بعد از ساعت رسمی صورت گردد. به منظور بدست آوردن مشورت باید با ترینر روانپزشک و نوکریوال مشورت صورت گیرد. این بررسی می‌تواند توسط داکتر نوکریوال، هماهنگ کننده شفت بر علاوه کارمندان وارد در مذاکره با ترینر روانپزشک نوکریوال انجام شود.

در صورت تجرید طویل‌المدت چی واقع می‌شود:

- اگر تجرید هنوز هم به آغاز روز کاری عادی بعدی ادامه پیدا کرد هر چه زودتر باید توسط ترینر روانپزشک دائمی به همکاری داکتر پایین رتبه؛ هماهنگ کننده شفت (سوپروایزر نرسینگ) و دیگر اشخاص مسلکی مراقبت صحتی شخص بررسی شود،
- در صورت عدم موافقت در رابطه با روش متعاقب در میان تیم بررسی، موضوع باید با منیجر بلند رتبه حاضر به سطح بالای ارجاع گردد،
- همین که خطر جدی به اندازه کافی کاهش یافت به تجرید باید خاتمه داده شود. که این معمولاً با آرام بودن لفظی و غیرلفظی بیمار نمایان می‌گردد. درحالی‌که، باید توجه دقیق به تاریخچه بیمار در صورتی که معلوم باشد صورت گیرد چون این یک شاخص لزوماً دقیق نمی‌باشد. تصمیم خاتمه دادن تجرید مسئولیت هماهنگ کننده شفت در مشورت مناسب با تیم شفت و اشخاص با صلاحیت می‌باشد.

مشاهدات نرسنگ (بر اساس محفوظیت بیمار)

- حداقل باید در مدت هر 30 دقیقه بعد بیمار توسط نرسها نظارت گردد و نرس باید مشاهدات واقعی را که تکراری نباشد ثبت نموده و توضیح دهد که چرا باید به تجرید ادامه داده شود.
- نرس رفتار، وضعیت اعراض مشکلات صحتی فیزیکی بیمار را می‌بیند و همچنان علائم حیات بیمار را در صورتی که بیمار خوابیده باشد،
- اگر در جریان تجرید آرام سازی سریع صورت می‌گیرد، در صورت امکان علائم حیاتی باید توسط یک نرس هر یک ساعت بعد چک شود. و چنین فعالیت‌ها باید به قسم درست مستند گردد، در صورتی که نرس به چک نمودن علائم حیاتی ابتدایی موفق نمی‌شود باید دلیل آن مشخص گردد. این علائم حیاتی ابتدایی شامل:

- حرارت عضویت،
 - تعداد ضربان نبض (یا تعداد ضربان قلب)،
 - فشارخون،
 - تعداد تنفس.
 - در صورتی که تجرید بیشتر از 1:30 ساعت دوام کند، یک یا دو نرس و یک کمک کننده شفاخانه (صفا کار) باید به اطاق تجرید به منظور فراهم نمودن نوشیدنی و سهولت های تشناب نظر به خطر مطابق بخش اصول شفاخانه در صورتی که به شخص سوم به منظور کاهش خطر ضرورت باشد آنها می توانند که پروکسی بیمار را نیز دخیل سازند. این تیم 3 نفری باید همیشه توسط نرس مسئول رهبری شود و آگاهی دادن این دو شخص در مورد این که چگونه با اشخاص تجرید شده برخورد نمایند مسئولیت نرس مسئول می باشد،
 - در صورتی که بیمار خواهش می کند که تشناب می رود، تیم (هر یک از دو کارمند شفاخانه قسمی که قبلا ذکر گردید و یا به کمک پروکسی) باید بیمار را همراهی کند و در یک فاصله به منظور واکنش در مقابل خطرات غیر مترقبه ایستاد شود،
 - در جریان این مدت، نرس باید بیمار را از نظر حالت صحت روانی، رفتار، صحت فیزیکی بصورت مکمل ارزیابی نموده و قضاوت نمائید که آیا بیمار در تجرید باقی بماند یا با داکتر با صلاحیت (منیجر بلند رتبه) حاضر آن تجرید را خاتمه دهد.
 - در صورتی که تجرید بیشتر از 3 ساعت و 30 دقیقه دوام کند، این مسئولیت نرس است که به داکتر اطلاع رسانی نمائید که بیاید و یک ارزیابی مکمل را انجام دهد،
 - اگر تجرید بیشتر از 30: 7 ساعت دوام کند، نرس و داکتر نوکریوال باید داکتر ترینر مسئول را به منظور آماده نمودن و اجرای ارزیابی مکمل بیمار در ساعت 8:00 اطلاع دهد،
 - در صورتی که تجرید بیشتر از 12 ساعت دوام می کند این مسئولیت رئیس نرسنگ یا معاون آن می باشد که رئیس دیپارتمنت صحت روانی را از حادثه اطلاع دهد.
- خاتمه تجرید می تواند بعد از گفتگو تلفونی با متخصصین با صلاحیت تصدیق گردد.

استفاده کارگرا به منظور مشاهده محفوظیت

- در هنگام شب، کارگرهای نوکریوال باید علائم حیات بیمار و محفوظیت بیمار را هر ساعت یک بار با استفاده از دوربین چک نموده و در چک لست یادداشت نمائید،
- اتاق تجرید باید حد اقل دو مرتبه در روز یا هر زمانی که نیاز بود پاک گردد.

مداخلات روانشناختی

- یک روانشناس باید ارزیابی خطر را 5 ساعت بعد از تجرید و در صورت تجرید طویل المدت حداقل دو مرتبه در یک روز تکمیل نمائید.
- معاینه حالت روانی باید با در نظر داشت توجه خاص به نکات ذیل تکمیل گردد:
 - جهت یابی،
 - افکار،
 - درک،
 - قضاوت.

- یک روانشناس باید حداقل 30-45 دقیقه را زمان ارزیابی خطر، معاینه حالت روانی و بعضی مداخلات تداوی شناخت رفتاری را به منظور ارزیابی یا کاهش سطح پریشانی معرفی نمایند.

خاتمه دادن و بررسی دریافته‌ها

- خاتمه دادن تجرید باید با داکتر ترینر مسئول یا رئیس نرسنگ یا معاونین/ نمایندگان آنها مشورت صورت گیرد. تمام معلومات که منجر خاتمه تجرید می‌گردد باید بصورت درست مستند گردد،
- آنها باید همچنان فعالیت‌ها، موفقیت‌ها و عدم موفقیت‌های خود در رابطه با برنامه ریزی و پلان مراقبت موثر انعکاس دهند،
- بعد از خاتمه دادن تجرید، اعضای تیم چند انتظامی باید یکجا بنشینند و پلان مراقبت را ترتیب نمایند تا در صورتی که عین واقعه مرتبه دیگر واقع می‌گردد استفاده نمایند.

در زمان تصمیم‌گیری لازم است تا توجه خاصی به ماده‌های صحت روانی جمهوری اسلامی افغانستان که قرار ذیل است، گرفته شود.

ماده دهم:

به منظور حفظ منفعت شخصی که از اختلال روانی رنج می‌برد به سطح مرکز و ولایت بعضی نمایندگی‌ها (کمیسون) ایجاد خواهد گردید:

1. رئیس صحت روانی منحیث رئیس کمیسون،
 2. شخص با صلاحیت دیپارتمنت طب معالجوی منحیث عضو کمیسون،
 3. شخصی از لوی حارنوالی منحیث عضو،
 4. یک داکتر روانی منحیث عضو کمیسون.
- نمایندگان کمیسون صلاحیت‌های ذیل را دارند: تحت چوکات صحت روانی به منظور پیشرفت و ایجاد تحقیق و ارتقاع ظرفیت و دانش صحت روانی کار می‌کند.**

1. کار کردن در چوکات صحت روانی برای پیش بردن و رشد تحقیق و ارتقاع ظرفیت و دانش روان پزشکی،
2. دریافت شکایات از بیماران روانی مراقبت نمودن از آنها و تصمیم گیری در مورد آنها،
3. انکشاف ارزیابی وضعیت روانی مجرمین که دارای مشکلات روانی بوده و تداوی را بدون رضایت شان دریافت می‌نمایند،
4. خواستن پروکسی در محکمه برای شخصی که دارای اختلال روانی است،
5. بررسی گزارش‌های را که از مراکز صحت روانی در مورد تداوی بدون رضایت اشخاص که دارای اختلال روانی است،
6. بررسی و تصویب پلان ملی صحت روانی.

ماده یازدهم:

کمیسون دارای صلاحیت‌ها و مسئولیت‌های ذیل می‌باشد:

1. گوش دادن به شکایات‌های اشخاصی که دارای اختلالات روانی هستند، فراهم نمودن مراقبت تصمیم گیری درمورد آنها،
2. ارزیابی بهبودی حالت روانی مجرمین که دارای اختلالات روانی هستند و اشخاصی که بدون رضایت شان تحت تداوی قرار داده شده-

اند،
 3. خواستن پروکسی از طریق محکمه برای اشخاصی که دارای عقب ماندگی ذهنی می‌باشد،
 4. ارزیابی گزارش‌های که از مراکز صحت روانی درمورد اشخاصی که بدون رضایت شان تحت تداوی قرار دارند،

نم بر	تجرید درطول روز	زمان	کامنت	ملاحظات	امضاء
1	30 دقیقه اول			مشاهدات عینی	
2	یک ساعت اول			مشاهدات عینی	
3	یک ساعت و 30 دقیقه			مشاهدات عینی	
4	2 ساعت بررسی نرسنگ			فراهم نمودن سهولت‌های تشناب، نوشیدنی و غذا درصورت موجودیت	
5	دو ساعت و 30 دقیقه			مشاهدات عینی	
6	3 ساعت			مشاهدات عینی	
7	3 ساعت و 30 دقیقه			مشاهدات عینی	
8	بررسی رهبری شده توسط داکتر			فراهم نمودن سهولت‌های تشناب، نوشیدنی و غذا درصورت موجودیت	
9	4 ساعت و 30 دقیقه			مشاهدات عینی	
10	5 ساعت بعد ارزیابی توسط روانشناس			معاینات حالت روانی و خطر	
11	5 ساعت و 30 دقیقه			مشاهدات عینی	
12	6 ساعت بعد بررسی رهبری شده نرس			فراهم نمودن سهولت‌های تشناب، نوشیدنی و غذا درصورت موجودیت	
13	6 ساعت و 30 دقیقه			مشاهدات عینی	
14	7 ساعت			مشاهدات عینی	
15	7 ساعت و 30 دقیقه			مشاهدات عینی	
16	8 ساعت تیم چند انتظامی/ بررسی رهبری شده توسط ترینر			فراهم نمودن سهولت‌های تشناب، نوشیدنی و غذا درصورت	

	روانپزشک		موجودیت	
17	8 ساعت و 30 دقیقه		مشاهدات عینی	
18	9 ساعت		مشاهدات عینی	
19	9 ساعت و 30 دقیقه		مشاهدات عینی	
20	10 ساعت بررسی رهبری شده توسط روانشناس و نرس		فراهم نمودن سهولت‌های تشناب، نوشیدنی و غذا در صورت موجودیت	
21	10:30 ساعت		مشاهدات عینی	
22	11 ساعت		مشاهدات عینی	
23	11:30 ساعت		مشاهدات عینی	
24	بررسی رهبری شده توسط داکتر		فراهم نمودن سهولت‌های تشناب، نوشیدنی و غذا در صورت موجودیت	

نمبر	تجريد هنگام شب	زمان	نظريات	ملاحظات	امضاء
1	30 دقیقه اول			مشاهدات عینی توسط نرس	
2	ساعت اول			مشاهدات عینی توسط نرس	
3	1:30 ساعت			مشاهدات عینی توسط نرس	
4	2 ساعت بررسی نرس			فراهم نمودن سهولت‌های تشناب، نوشیدنی و غذا در صورت موجودیت.	
5	2:30 ساعت			مشاهدات عینی توسط نرس	
6	3 ساعت بعد			مشاهدات عینی توسط نرس	
7	3:30 ساعت			مشاهدات عینی توسط کارگر	
8	4 ساعت بررسی رهبری شده توسط داکتر			فراهم نمودن سهولت‌های	

	تشناب، نوشیدنی و غذا در صورت موجودیت.				
9	مشاهدات عینی توسط کارگران			4:30 ساعت	
10	معاینه حالت روانی و خطر			5 ساعت	ارزیابی عینی توسط روانشناس
11	مشاهده عینی توسط کارگر			5:30 ساعت	
12	فراهم نمودن سهولت‌های تشناب			6 ساعت	بررسی رهبری شده توسط نرس
13	مشاهده عینی توسط کارگر			6:30 دقیقه	
14	مشاهده عینی توسط نرس			7 ساعت	
15	مشاهده عینی توسط کارگر			7:30 ساعت	
16	فراهم نمودن سهولت‌های تشناب			8 ساعت	تیم چند انتظامی/ بررسی رهبری شده توسط ترینر روانپزشک
17	مشاهده عینی توسط کارگر			8:30 ساعت	
18	مشاهده عینی توسط نرس			9 ساعت	
19	مشاهده عینی توسط کارگر			9:30 ساعت	
20	فراهم نمودن تسهیلات تشناب			10 ساعت	بررسی رهبری شده توسط نرس و روانشناس
21	فراهم نمودن سهولت تشناب			10:30 ساعت	
22	مشاهده عینی توسط کارگر			11 ساعت	
23	مشاهده عینی توسط کارگر			11:30 ساعت	
24	فراهم نمودن سهولت‌های تشناب			12 ساعت	بررسی رهبری شده توسط داکتر

بستر نمودن بیمار روانی

مراحل :

1. به بیمار و پایواز وی خوش آمدید بگوئید، ازشان خواهش نمائید تا بشینند. (به منظور افزایش آسایش، آرامش و بهبود همکاری)،
2. درست بودن اسناد قانونی بستری را بررسی نمائید. (به منظور حصول اطمینان از بستر شدن قانونی بیمار در شفاخانه و تضمین محفوظیت بیمار)،
3. از بیمار و/یا مراقبت کننده وی تاریخچه اخذ نمائید. (به طرز العمل تاریخچه مراجعه نمائید) (منحیث یک بخش ارزیابی به منظور ایجاد دیتابیس تشخیص روان پزشکی و نرسنگ را انجام و تحریر نمائید)،
4. ارزیابی حالت روانی را انجام دهید. (به طرز العمل مراجعه نمائید)، (مانند، یک بخش ارزیابی به منظور تشخیص روان پزشکی، نرسنگ و پلان گذاری برای مداخلات می باشد،
5. معاینات فیزیکی را انجام دهید. (به طرز العمل مراجعه نمائید) علائم حیاتی را چک نمائید. (به طرز العمل مراجعه نمائید)، (به منظور دریافت امراض طبی ضمنی دیگر)، (به منظور تعیین موجودیت جروحات و ایجاد اطلاعات بنیادی)،
6. روش های ممکن تداوی را توضیح دهید،
7. فورمه درخواست را برای معاینات معمول مانند، وظایف جگر تکمیل نمائید،
(اجراء نمودن معاینات به منظور رد نمودن حالات طبی دیگر که عموماً نادیده گرفته می شوند مهم می باشند. که آنها شامل شکر و دیهیدریشن می باشند)،
8. تمام اشیای قیمتی را نزد بیمار چک نموده و اشیایی را که باید توسط پایوازان به خانه برده شوند را شناسایی نمائید. (از محفوظیت اموال بیماران خود مطمئن شوید)،
9. اشیاء را لیبل گذاری نموده، لست آنها را تهیه نموده و اشیایی که باید در وارد باقی ماند بصورت مناسب نگهداری نمائید. (به منظور سهولت در شناسایی اموال بیماران و جلوگیری از گم شدن آنها)،
10. بیمار را به کارمندان، بیماران دیگر داخل بستر، و اشخاص دیگر مربوط وارد قسمی که مناسب باشد معرفی نمائید. (برای سازگاری سریع با محیط شفاخانه، کاهش اضطراب و بهبود بخشیدن امنیت، وضعیت ظاهری و حفظ الصحه بیماران را بهبود ببخشید)،
11. خود را مطمئن نمائید که بیمار حمام می نمائید (در صورت ضرورت) و یونیفرم شفاخانه را می پوشد،
12. داروها را بوقت معین به بیمار بدهید (به منظور کمک بهبودی)،
13. پلان مراقبت نرسنگ را ایجاد نمائید. (به منظور مراقبت سیستماتیک، منظم و با کیفیت)،
14. فایل بیماران را در الماری فایل نگهداری نمائید. (از نگهداری محفوظ اسناد قانونی به منظور مراجعه خود را مطمئن نمائید)،

15. ظرف لوازم کمک‌های عاجل را در الماری مربوطه نگهداری نمائید. (از نگهداشت محفوظ و آماده بودن آن برای استفاده آن در آینده خود را مطمئن نمائید)،
16. لوازم چک نمودن علائم حیاتی را در الماری نگهدارید،
17. لوازم و تجهیزات استفاده شده را مطابق طرزالعمل‌ها برطرف نمائید. (به‌منظور جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم به بیماران و کارمندان).

A. ارزیابی

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. تعامل بیماران با کارمندان دیگر،
2. آیا بیمار می‌تواند که محوطه‌های مختلف وارد را تعیین نمائید،
3. آیا ارزیابی که انجام گردیده برای تشخیص و ایجاد پلان مراقبتی کافی است،
4. احساس پایوازن در مورد بستر شدن بیمار.

B. اسناد سازی

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- تاریخچه‌ی که حصول گردیده است،
- دریافت‌های معاینه فیزیکی و روانی،
- هر تداوی که تطبیق گردیده: دوز، زمان، طریق و هر عارضه جانبی،
- مداخلاتی که داری اولویت است،
- دریافت‌های ارزیابی.

اخذ تاریخچه روانی

مراحل

مرحله مقدماتی

1. در یک وضعیت راحت بنشینید. (بیمار و مراقبت کننده احساس نمایند که آنها پذیرفته شده‌اند، این عمل سبب آرامش آنها گردیده و سبب می‌شود که بیمار بیشتر صحبت نمائید)،
2. در مورد زمان تقریبی اخذ تاریخچه و اینکه از آنها چه خواسته می‌شود به بیمار توضیحات ارائه نمائید. (بیمار را به تمرکز کردن آماده نمائید)،
3. از مراقبت کننده در مورد ارتباط آنها با بیمار سوال نمائید،
4. در مورد موضوعات عمومی تقریباً یک دقیقه صحبت نمائید. (به بیمار آرامش ایجاد نمائید و افشاء معلومات توسط خود بیمار به وی کمک می‌نمائید که بهبود بیابد).

مرحله کار:

5. اصول روش‌های مصاحبه را مراعات نمائید،
6. بیماران را به‌منظور مکالمه غیر لفظی مشاهده و آنرا تصدیق نمائید،
7. سوالات باز را از بیمار بپرسید و از ادبیات ساده استفاده نمائید،
8. در موارد ذیل معلومات را حصول، تفسیر و به قسم مکمل ثبت نمائید:

- (a) **تاریخچه شخصی:** دلیل مراجعه: با ادبیات روزمره بیان نمائید که بیمار چرا به اینجا ارجاع شده است. شکایت عمده: (اظهارات و پاسخ بیمار) - روش بستر شدن،
- (b) **تاریخچه بیماری قبلی** (روانی، طبی، جراحی، ولادی برای خانم‌ها)،
- (c) **تاریخچه** قبل از تولد، نوازدی، کودکی، بلوغیت، کهولت، آموزش، مذهبی، شغل (سابقه کار) و سابقه اجتماعی فرهنگی،
- (d) **روانی - جنسی:** تاریخچه جنسی را بصورت حساس با پرسیدن این‌که مراجعه کننده درمورد مسایل جنسی چگونه معلومات بدست آورد شروع نمائید. بپرسید که آیا بیمار از زندگی جنسی خودش رضایت دارد یا خیر،
- (e) **عادات:** تنباکو، و سوءاستفاده از مواد دیگر،
- (f) **شخصیت قبل از بیماری:** فعالیت‌های زمان تفریح، خلق، خصوصیت، نگرش و معیارها نسبت به بدن، صحت، بیماری، مذهب و معیارهای اخلاقی،
- (g) **علائم اختلالات هیجانی** در دوره مقدم کودکی (قدم زدن در خواب، لکنت زبان).

مرحله نهایی:

9. به بیمار توضیح دهید، معلوماتی که برای فعلاً مورد نیاز بوده حاصل گردیده است. در صورتی‌که، به معلومات بیشتر ضرورت باشد آنها ممکن خواسته شوند. (بیمار و مراقبت کننده، وی را به ختم اخذ تاریخچه آماده می‌سازد تا آنها احساس نکنند که رد گردیده‌اند)،
10. از بیمار و مراقبت کننده بپرسید که آیا سوالی دارند؟ (بیمار/ مراقبت کننده را تشویق می‌نمائید تا موضوع نگران کننده را توضیح دهد)،
11. از بیمار و مراقبت کننده تشکری نموده و آنها را رخصت نمائید. (به‌منظور آگاهی دادن از ختم جلسه کاری درحالی‌که ارتباط درمانی را هنوز هم حفظ می‌نمائید)،
12. یادداشت‌ها و فایل‌های بیماران را در الماری مربوطه نگهدارید. (برای نگهداشت محفوظ و محرمانه اسناد بیمار)،
13. دست‌های تآنها شسته و خشک نمائید. (از انتقال میکروارگانیسم‌ها جلوگیری نمائید).

A. ارزیابی نمائید

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. کیفیت تاریخچه که اخذ گردیده است. (به‌منظور تعیین نمودن این‌که آیا ضرورت به اخذ تاریخچه بیشتر است)،
2. کافی بودن تاریخچه برای پلان گذاری مداخلات. (به‌منظور پلان گذاری مداخلات به تاریخچه کافی ضرورت است)،
3. عکس‌العمل مراجعه کننده در زمان مصاحبه. (ارتباط میان بیمار و مراقبت کننده را نشان می‌دهد در ارزیابی موثریت آماده‌گی بیمار برای پروسیجر کمک می‌نمائید)،
4. هماهنگی مکالمات لفظی و غیر لفظی و معاینات تشخیصیه. (تائید اطلاعات به‌منظور تشخیص دقیق)

B. اسناد سازی

ثبت :

- تاریخچه مکمل را که بدست آورده اید ثبت نمائید،
- موضوعات مخصوص نگران کننده بیمار و مراقبت کننده،
- هر نوع اضطراب بیمار یا مراقبت کننده،
- ساحات تاریخچه که به تحقیق بیشتر ضرورت دارد،
- ارتباط میان مراقبت کننده و بیمار در هنگام مکالمه.

A. تطبیق

مراحل

1. در یک وضعیت راحت به زاویه 90 درجه بنشینید. (بیمار احساس می‌کند که پذیرفته شده است و باعث افزایش تمرکز بیمار می‌گردد)،
 2. فاصله کافی را به هر اندازه که مراجعه کننده اجازه می‌دهد حفظ نمائید. (نشستن بسیار نزدیک سبب می‌گردد تا بیمار تفسیر نمائید که در قلمرو شخصی وی تجاوز صورت گردیده، این می‌تواند باعث تشدید تحریک پذیری گردد)،
 3. به مراجعه کننده در مورد داروی تقریبی ارزیابی و اینکه از وی چی خواسته می‌شود توضیحات ارائه نمائید (بیمار را برای تمرکز و همکاری آماده می‌نمائید)،
 4. درمورد موضوعات عمومی تقریباً یک دقیقه بحث نمائید (به بیمار اجازه می‌دهد تا راحت گردیده و تشویق می‌گردد که سوالات را بدون اینکه احساس کند که از وی تحقیق می‌گردد جواب دهد)،
 5. اصول روش‌های مصاحبه را مراعات نمائید (موثریت حصول اطلاعات را بهبود می‌بخشد)،
 6. مراجعه کننده را به منظور مکالمات غیرلفظی مشاهده نموده و آنرا تصدیق نمائید (اطلاعات و پروسه دماغی را آشکار می‌سازد که ممکن بیمار قادر به بیان نمودن لفظی آن نباشد)،
 7. سوال‌های باز بپرسید و از ادبیات ساده استفاده نمائید (باعث تسهیل دانستن گردیده و باعث افزایش خود اظهاری می‌گردد)،
 8. در موارد ذیل معلومات را بدست آورده، تفسیر نموده و مکمل ثبت نمائید (نرس را قادر می‌سازد تا اختلال روانی را که بیمار از آن رنج می‌برد، قابلیت‌های ذهنی را شناسایی و طبقه بندی نموده و اطلاعات را برای پلان‌گذاری و ارزیابی موثریت مداخلات، بازتوانایی و مراقبت تعقیبی بیمار ایجاد نمائید)،
- وضعیت ظاهری: معیوبیت فیزیکی، لباس (آیا مناسب است، سمبولیک) آراستگی (منظم یا نامنظم) تماس چشمی، تظاهر وجهی، وضعیت و راه رفتن، ساختار بدن و علائم ضیاع وزن در آخر،
- رفتار و فعالیت‌های روانی- حرکتی: بیقراری، تحریک پذیری، خستگی، اطوار قالبی، حرکات غیر ارادی، پژواک کرداری، انعطاف پذیری مومی، علائمی مانند پارکنسون بشمول بیقراری حرکتی پاها، اختلال حرکتی،
- ارتباط: آیا ایجاد و حفظ گردیده یا نه (رفاقت، همکاری یا خصومت و حالت دفاعی)،

- تکلم: جریان نورمال، فشار تکلم، درجه صدا (بلند یا آهسته) بی اختیار، فقر تکلم، خاموش، یک هجایی،
- خلق: افسرده، تحریک پذیر، قهر، خوش سر، خلق بالا، تغییرات روزانه، ناپایدار و غیره،
- عاطفه: مناسب، محدود، هموار کند و غیره،
- پروسسه افکار.
 - منطقی، منسجم، قابل فهم
 - واژه سازی،
 - آشفته گویی،
 - حاشیه پردازی و سخنان بی‌مورد،
 - افسانه بافی،
 - از دست دادن ارتباط،
 - پرش افکار،
 - بهم خوردن صدای (شعر گفتن).
- محتویات افکار: محتویات افکار مراجعه کننده شامل نظریات پرارزش، هذیان، وسواس، اجبار، ترس، افکار خودکشی و دیگر کشی می‌باشد.
- درک: خطای ادراک، برسامات، دیدن خود (مفکوره خود).
- شناخت: شامل استدلال فکری، قضاوت، شعور، جهت‌یابی، حافظه، گوش‌بزرنگی، توجه و تمرکز می‌باشد.
- بینش: آیا کاملاً موجود است یا موجود نیست.
- اعراض رشد کننده:
 - افزایش یا کاهش اشتها،
 - بیخوابی یا پر خوابی،
 - ازدست دادن علاقه یا انرژی در فعالیت‌های روزانه،
- به آنها توضیح دهید، معلوماتی را که فعلاً ضروری بوده، بدست آورده‌اید. بیمار را به ختم جلسه معاینه حالت روانی آماده می‌سازد تا بیمار احساس ننمائید که پذیرفته نشده است)،
- از مراجعه کننده بپرسید که آیا سوالی دارد (بیمار را تشویق نمائید تا موضوعات نگران کننده خود را توضیح دهد)،
- برایشان در مورد ختم جلسه آگاهی دهید، و از مراجعه کننده پایواز/ فامیل وی تشکر کنید. (نشان دادن قدردانی سبب بهبود همکاری می‌گردد)،
- یادداشتهای و فایل‌های مربوط مراجعه کننده را در الماری مخصوص نگهدارید. (به‌منظور نگهداشت محفوظ و حریمیت یادداشتهای بیمار)،
- دست‌های تانرا شسته و خشک نمائید (از انتقال میکروارگانیسم‌ها جلوگیری نمائید)،

A. ارزیابی

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. کیفیت تاریخچه را اخذ نموده،
2. عکس‌العمل مراجعین در هنگام معاینه.

B. اسناد سازی

ثبت :

- ثبت‌های مکمل معاینه حالت روانی را ثبت نمایید،
- زمان اخذ تاریخچه،
- موضوعات مخصوص نگران کننده بیماری که شناسایی گردیده باشد،
- هر اضطراب بیماری که مشاهده می‌شود،
- ساحات معاینه که به توضیحات بیشتر ضرورت دارد،
- مقایسه دریافت‌های معاینه حالت روانی قبلی (در صورتی که قابل تطبیق باشد).

معاینات فیزیکی

مراحل

1. دست‌های تآنرا شسته و خشک نمایید. (انتقال انتان را کاهش می‌دهد)،
2. لوازم و تجهیزات را در دسترس آسان قرار دهید. (برای بهبود موثریت)،
3. تاریخچه مراجعین را مرور نمایید. (به اخذ تاریخچه روانی مراجعه نمایید)، (اولین مرحله در ارزیابی کامل می‌باشد. که معلومات مهم را در ساحات که باید تمرکز گردد یا تعقیب شود در جریان معاینه کلینکی فراهم می‌سازد)،
4. علائم حیاتی را چک نمایید (برای دانستن ارزیابی هیپوستاتیک. معلومات مهم را در ساحات تمرکز یا تعقیب در جریان معاینه فراهم می‌نماید)،
5. بیمار را در موقعیت مناسب قرار دهید. (برای تضمین آسودگی و دسترسی آسان به ساحاتی که معاینه می‌گردد)،
6. معاینه سیستماتیک را با معاینه نمودن دست الی پا و رویکرد سیستم‌های عضویت با استفاده از روش‌های تفتیش، جس، قرح و اصغا آغاز نمایید. (خود را مطمئن نمایید که هیچ یک از سیستم‌های عضویت نادیده گرفته نشده و زمان بصورت موثر استفاده گردیده)،
7. دریافت‌های مناسب را فراهم نموده برای حصول معلومات اضافی سوال بپرسید و موضوع نگران کننده مراجعه کننده را با وی بحث نمایید. (زمینه را برای ختم معاینه فراهم نموده و به بیمار معلومات بازخورد را مکالمه نمایید)،
8. پلان مراقبتی نرسنگ را ایجاد نمایید. (فراهم نمودن مراقبت فردی با کیفیت براساس شواهد نرسنگ را تسهیل می‌بخشد)،
9. لوازم را مطابق طرزالعمل دور انداختن کثافات و پروتوکول ضد عفونی پاک، تعویض و دور بیندازید. (محفوظیت مراجعین، بیماران و کارمندان را بهبود می‌بخشد)،
10. دست‌های تآنرا شسته و خشک نمایید. (انتقال میکروارگانیسم‌ها را کاهش می‌دهد).

A. ارزیابی

موارد ذیل را ارزیابی نمایید:

1. کیفیت اطلاعاتی را که از مراجعه کننده بدست آورده‌اید (تعیین نمایید که آیا اطلاعات برای ایجاد تشخیص درست نرسنگ کافی است یا نه)،

2. آیا ضروریات مراجعه کننده شناسایی گردیده. (مدیریت موثر وابسته به شناسایی درست ضروریات مراجعه‌ین می‌باشد)،
3. رفتار مراجعه‌ین در جریان معاینه. (تعیین می‌نمائید که آیا مراجعه کننده بصورت کافی برای معاینه آماده گردیده بود).

B. اسناد سازی

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- نتایج ارزیابی،
- تاریخ، زمان و مدت زمان ارزیابی،
- نگرانی بزرگ بیمار و دریافت ابنارملیتی‌ها در جریان معاینه،
- مداخلاتی که استفاده گردیده است.

ایجاد ارتباط درمانی نرس - بیمار مراحل

1. با بیمار احوال پرسی نموده و از وی خواهش نمائید تا بنشینند. (آسودگی و همکاری بیمار را تسهیل می‌بخشد)،
2. با بیمار در یک سطح بنشینید. (برای مشاهده و تماس چشمی غیر تهدید آمیز اجازه می‌دهد)،
3. تماس چشمی را حفظ نمائید. (علاقه فرد را با مراجعه کننده (بیمار) نشان می‌دهد)،
4. با مراجعه کننده (بیمار) در مورد اندازه مناسب (کاهل / طفل) بهبودی صحبت نمائید. (بیمار احساس می‌کند که درک گردیده و تهدید نگردیده است. بدین‌وسیله همکاری را افزایش می‌دهد)،
5. به مراجعه کننده (بیمار) کاملاً توجه نمائید و از مزاحمت‌ها در جریان مکالمه جلوگیری نمائید. (به صحبت‌های بیمار احترام بگذارید، این باعث ایجاد اعتماد گردیده که تمرکز و اظهارات توسط بیمار بهبود می‌بخشد)،
6. مکالمه را با موضوعات عمومی شروع نمائید که باید بیشتر از دو دقیقه را دربر نگیرد (سبب راحتی مراجعه کننده (بیمار) گردیده و به بیمار اجازه می‌دهد که تا معلومات را فراهم نمائید)،
7. آهسته و واضح صحبت نموده و از تغییر لهجه مناسب استفاده نمائید (برای حفظ علاقه و تمرکز مراجعه کننده (بیمار))،
8. زمانی‌که از مراجعه کننده (بیمار) سوال می‌نمائید که موضوعات نگران کننده وی چیست، سوالات باز بپرسید (به مراجعه کننده (بیمار) احترام بگذارید، وی احساس می‌نماید که مسایل مستقیماً کنترل گردیده. و همچنان اعتماد به نفس وی را بهبود می‌بخشد)،
9. به بیمار فرصت پاسخ دادن، استفاده از تحمل و حوصله را فراهم نمائید. (به بیمار اجازه دهد که بالای افکار خود فکر نموده و مکالمه موثر را بهبود بخشد)،
10. تظاهرات وجهی را مشاهده نمائید. (به‌منظور شناسایی هر نوع پیام‌های مخالف که منتقل می‌گردد)،

11. اوقات منظم ملاقات را تعیین نموده و پایبند بودن به وقت را مراعات نمائید. (برای هماهنگی و اعتماد که ارتباط اعتماد را بهبود می‌بخشد).

مرحله مقدماتی:

12. برای بیماران جدید خلاصه ضرورت جلسه را فراهم نمائید. (برای آگاهی دادن مراجعه کننده (بیمار) و تشویق وی به سهم‌گیری)،

13. برای مراجعه کننده (بیمار) سابقه (با بیماری که از جلسه قبل ادامه دارد)، بصورت خلاصه بحث قبلی را مرور نموده و بعداً موضوع بحث امروزی را معرفی نمائید،

14. رفتار مراجعه کننده (بیمار) را در جریان این مرحله مشاهده نمائید. (برای تعیین نمودن اینکه آیا مراجعه کننده (بیمار) به سرعت پیش می‌رود و در جلسه معلومات را فراهم می‌نمائید)،

15. به مراجعه کننده (بیمار) کمک می‌کند تا نیازمندی‌ها و چالش‌های خود را شناسایی نمائید. (بینش و درک مراجعه کننده (بیمار) را بهبود می‌بخشد. که باعث تشویق اشتراک فعال آنها می‌گردد).

16. در مورد تفصیلات توقعات و مسئولیت‌های هر دو نرس و مراجعه کننده (بیمار) بحث نمائید. مراجعه کننده (بیمار) را تشویق نمائید که مسئولیت بگیرند و تمایل وی را به وابسته بودن کاهش دهید،

17. معلومات بیشتر را از مراجعه کننده (بیمار) جمع آوری نموده و توانایی‌ها و محدودیت‌های بیماران را دریافت نمائید. (به‌منظور ایجاد دیتابیس قوی و کاهش امکان ناکامی بیمار که باعث توقعات بیش از حد نسبت به چیزی را که می‌تواند اجراء نمائید، بوجود می‌آید،

18. تشخیص نرسنگ را ایجاد نموده، اهداف را به هر دو بیمار و نرس که دلپذیر باشد تعیین نمائید. (بنیاد را برای ارزیابی موثریت رابطه فراهم می‌سازد)،

19. پلان عمل را برای حصول اهداف تعیین شده که واقعی باشد، ایجاد نمائید. (سبب افزایش تشویق گردیده و ناکامی را کاهش می‌دهد)،

20. احساس ناراحتی و اضطراب بیمار را دریافت نمائید. (مکالمه تا زمانی‌که اضطراب کاهش یابد به شکل سطحی باقی می‌ماند).

مرحله کار:

21. مراجعه کننده (بیمار) را در مورد تمام موضوعات که بحث می‌نمائید، رهنمایی کنید. (برای جلوگیری از انحراف و حاشیه پردازی)،

22. درمورد مشکلات مراجعه کننده (بیمار) و جهت یابی واقعیت بحث نمائید. (بینش و درک مراجعه کننده (بیمار) را بهبود بخشیده و با آنها در آموزش روش‌های حل مشکلات کمک می‌کند)،

23. به‌منظور علائم اضطراب، بیمار را مشاهده نمائید که ممکن در پاسخ بحث تجارب دردناک بوجود آید. (اطلاعات را برای پلان‌گذاری مداخلات برای کاهش اضطراب فراهم می‌نمائید. چون درجه بلند اضطراب منجر به مقاومت مراجعه کننده (بیمار) می‌گردد)،

24. بصورت مسلسل مشاهده نمائید که آیا مراجعه کننده (بیمار) برای مرحله ختم آماده است. (اهداف مرحله ختم جلسه در صورتی که بیمار در عجله باشد حاصل نمی‌گردد)،
25. سوالات باز پرسید. (برای اینکه به مراجعه کننده اجازه دهیم تا تفصیلات را توضیح دهد)،
26. سکوت و روش‌های مناسب دیگر درمانی مکالمه را به‌منظور حصول معلومات از مراجعه کننده (بیمار) فراهم نمائید. (موضوعات نگران کننده بیمار، موجودیت، آغاز اقدام حل مشکلات توسط خود مراجعه کننده را مکالمه نموده و آنرا بهبود می‌بخشد)،
27. به نیازمندی‌های بیمار که به توجه فوری ضرورت دارد رسیدگی نمائید. (قدم بعدی را در ارتباط تداوی تسهیل می‌نمائید)،
28. اهداف فعلی را تعیین و ارزیابی نموده، بعداً در صورت ضرورت آنرا تغییر دهید. (خود را مطمئن نمائید که اهداف واقعی بوده و مراجعه کننده (بیمار) از آن بهره می‌برد).

مرحله ختم:

29. احساسات مراجعه کننده (بیمار) را درمورد ختم جلسه دریافت نمائید. (برای دریافت علائم غمگین و از دست دانی که با مرحله ختم همراه می‌باشد)،
30. مراجعه کننده (بیمار) را تشویق نمائید، که در مورد احساسات دریافت شده بحث نمائید. (با مراجعه کننده (بیمار) کمک می‌نمائید تا بیاموزد که این احساسات تجربه طبیعی است که می‌تواند پروسه رشد را در جریان ختم جلسه بهبود بخشد،
31. بصورت مسلسل نتایج اهداف تعیین شده را در جریان هر جلسه ارزیابی نمائید. (خود را مطمئن نمائید که فعالیت‌های که به عهده گرفته شده درست می‌باشد)،
32. موضوعاتی را که همراه با مراجعه کننده (بیمار) بحث گردیده بود، خلاصه نموده و به وی اجازه دهید تا سوال پرسد. (هرنوع فاکتورهای را که ممکن باعث مزاحمت در مکالمه گردد توضیح دهید)،
33. مراجعه کننده (بیمار) را نظر به نتایج اهداف راجع نمائید. (خود را از منفعت بیشتر مراجعه کننده (بیمار) مطمئن نمائید)،
34. از بیمار بخاطر حوصله‌مند بودن وی تشکری کنید و قسمی که مناسب باشد مرخص نمائید. (قدردانی و احترام نمائید)،
35. در صورتی که جلسات ادامه پیدا می‌کند، زمان و تاریخ ملاقات را با مراجعه کننده (بیمار) تعیین نمائید. (برای هماهنگی و اعتماد)،
36. برای مراجعه کننده (بیمار) توضیح دهید که جلسات ختم شده است. (اضطراب مراجعه کننده (بیمار) را کاهش می‌دهد)،
37. در صورت ضرورت به بیمار مشورت دهید. (باعث افزایش اعتماد بیماران در جستجوی کمک بیشتر در صورت ضرورت می‌گردد).

توجه نمائید: زمانی که مراجعه کننده (بیمار) احساس غمگینی و از دست دادن را تجربه می‌کند، رفتار تا ختم جلسه ممکن آشکار گردد. اگر نرس هم عین احساسات را تجربه می‌کند باید به

رفتار بیماران اجازه دهد تا ختم جلسه را به تعویق بیندازند. برای ختم جلسه درمانی، نرس باید واقعیت قطع جلسه را تعیین نموده و در مقابل از کنترل شدن توسط بیمار با تاخیر مکرر جلسه با مراعات نمودن موارد ذیل مقاومت کند:

- از جلسات متعدد ارتباط درمانی نرس - بیمار،
- از رابطه اجتماعی در جریان هر جلسه جلوگیری نمائید،
- از تحریر اضافی در جریان جلسه جلوگیری نمائید، چون سبب گسستگی توجه بیماران گردیده و ممکن مانع حصول معلومات بیشتر درمانگر از بیمار گردد،
- محرمانه را در تمام جلسات حفظ نمائید،
- توجه کنید تا زمان را تنظیم نمائید. (15_20 دقیقه برای هر جلسه)،
- یک دوره کوتاه جلسه، ممکن درمانگر را قادر به حصول اهداف نسازد،
- یک جلسه طولانی، ممکن برای مراجعه کننده (بیمار) خسته کننده باشد،
- اگر مراجعه کننده در جریان هر مرحله جلسه بیقرار شود،
- بشکل فوری جلسه را ختم نموده و از همکاری بیمار تشکری نمائید، بعداً مشکل عاجل را بصورت مناسب اداره نمائید،
- از بیمار بپرسید که آیا می‌خواهد که جلسه دیگری داشته باشد.

A. ارزیابی

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. که آیا بیمار از مکالمه راضی بوده (موثریت ارتباط را تعیین نمائید)،
2. اندازه قادر بودن به حل، یا مجادله با حالات مشابه در آینده. (تائید نمائید که رشد بیمار موثر بوده است)،
3. که آیا بیمار مشکلات خود را بشکل لفظی بیان نموده است. (تائید نمائید که آیا اعتماد بیمار در مرحله آجتهت دهی حاصل گردیده بود)،
4. آیا بیمار خودش را راحت احساس می‌نماید، تا جلسه ختم گردد. (موثریت ختم جلسه درمانی را تعیین نمائید)،

B. اسناد سازی

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- نتایج ارزیابی،
- هر موضوع نگران کننده‌ای که بیمار بصورت لفظی بیان می‌نماید،
- هر موضوع نگران کننده‌ای که به مراقبت بعدی توسط تیم مراقبت صحی یا افراد مسلکی دیگر ضرورت دارد.

مراقبت تداوی تکان برقی

مراقبت قبل

مراحل

1. بیمار را در مورد مفکوره‌های بینادی تداوی تکان برقی آموزش دهید. (خود را مطمئن نمائید که بیمار معلومات واقعی را در مورد تداوی تکان برقی بدست می‌آورد.)،
 - فواید،
 - عوارض جانبی.
2. علائم حیاتی بیمار را چک نمائید. (برای دریافت اینارملتی روانی و تعیین اطلاعات بنیادی به‌منظور مقایسه)،
3. تعیین حافظه قریب و بعید قبل از تداوی (برای تعیین ضیاع حافظه بعد از طرزالعمل)،
4. معاینات ادرار (برای دریافت کدام اختلالات کلیوی یا دیابیتیک که ممکن طرزالعمل را پیچیده سازد)،
5. به مدت 6 ساعت از طریق فمی به بیمار هیچ چیز ندهید. (برای جلوگیری از استفراغ در جریان طرزالعمل و کاهش خطر نمونیای استنشاقی Aspiration Pneumonia بعد از طرزالعمل)،
6. از خواب خوب در هنگام شب خود را مطمئن نمائید. (برای فراهم نمودن استراحت به‌منظور آمادگی برای تداوی تکان برقی)،
7. خود را مطمئن نمائید که بیمار حمام نموده است. (برای تامین حفظ‌الصحه و جلوگیری از انتان)،
8. خود را مطمئن نمائید که مثانه بیمار خالی باشد. (برای راحتی بیمار و جلوگیری از خالی بودن مثانه) سیستم هضمی بیمار) اطمینان حاصل نمائید. (به‌منظور آرامش بیمار و جلوگیری از خارج شدن ادرار (مواد غایطه) در زمان تشنجات)،
9. بیمار را به‌منظور داشتن دندان مصنوعی، زیورات چک نمائید. (به‌منظور جلوگیری از بروز موانع در پروسیجر، عکس‌العمل‌ها در مقابل فلزات (زیورات) و به‌منظور کنترل آسان در جریان تداوی)،
10. لباس‌های عملیات را به بیمار بپوشانید. (انتقال میکروارگانیسم‌ها را به اتاق عملیات کاهش دهید)،
11. دارو قبل از تداوی را 30 دقیقه قبل از طرزالعمل تطبیق نمائید. (به‌منظور آرامش بیمار و خشک نمودن افرازات)،
12. اسناد بیمار را جمع آوری نمائید. (فایل، یادداشت‌های نرسنگ، کارت تداوی).

A. ارزیابی

1. درجه اضطراب بیمار در جریان دوره قبل از تداوی تکان برقی (برای تعیین موثریت آماده‌گی قبل از تداوی تکان برقی)،
2. علائم حیاتی را تفسیر نمائید. (تعیین نمائید که آیا حالت فیزیکی بیمار می‌تواند طرزالعمل را تحمل نمائید)،
3. آمادگی بیمار برای طرزالعمل تداوی تکان برقی (آماده‌گی، سبب افزایش پروسسه بهبودی می‌گردد).

B. اسناد سازی

- چک لست مکمل قبل از تداوی تکان برقی،
- هر حادثه ناسازگار که مشاهده گردیده باشد،

- حالت بیمار در جریان تسلیم نمودن بیمار به نرس اتاق ECT (تکان برقی).

2_1.4: مراقبت جریان تداوی برقی

مراحل :

1. بیمار را به نام آنها خطاب نموده و سلام نمائید. (برای این‌که بیمار را بصورت قطعی شناسایی نمائید)،
2. خود و کارمندان دیگر را به بیمار معرفی نمائید. (به-منظور کاهش اضطراب بیماران و بهبود آرامش بیماران)،
3. به بیمار کمک نمائید تا بالای سطح میز ECT قرار گیرد. (از محفوظیت و آمادگی بیمار اطمینان حاصل نمائید)،
4. بیمار را به وضعیت خوابیده قرار داده و گردن بیمار را انبساط دهید. (به‌منظور انتیوبیشن و تطبیق ماشین ECG, ECT, EEG, و ماشین‌های اوکسیجن)،
5. به بیمار در مورد مراحل طرزالعمل‌ها/فعالیت‌هایی که در حالت شعوری بالای آن اجراء می‌گردد به لسان ساده توضیحات ارائه نمائید. (اضطراب بیمار را کاهش دهید و همکاری را بهبود ببخشید)،
6. از تطبیق درست ماشین ECG و Oximeter خود رامطمئن نمائید. (تعیین درست فعالیت‌های دماغ و اندازه اوکسیجن را در جریان تداوی تکان برقی را اجازه می‌دهد)،
7. درصورت ضرورت سکشن نمائید. (طرق هوایی آشکار و دخول مقدار کافی هوا را به شش‌ها حفظ نمائید)،
8. علائم حیاتی، فعالیت‌های قلبی، اوکسیجینیشن، و فعالیت‌های قلبی دماغ را نظارت نمائید. (به‌منظور دریافت علائم اسیدوز، و اینارملتی‌های دیگر که نشان دهنده عدم توازن فعالیت برقی دماغ و سیستم قلبی وعایی می‌گردد)،
9. تکیه نرم و محکم را به بازوها و پاها و مفاصل بیمار زمانی‌که تداوی تکان برقی آغاز می‌گردد فراهم نمائید تا هنگامی‌که اختلاجات ختم شود. (به‌منظور جلوگیری از کسرها و خلع ممکن عظام از سبب تاثیرات اختلاجات تولیدشده، از افتادن بیمار از بستر جلوگیری نمائید)،
10. مدت زمان و طبیعت اختلاجات، قسمت‌های متاثر شده بدن و شدت آنرا مشاهده نمائید. (موفقیت تداوی را تعیین می‌نمائید)،
11. بعد از تطبیق تکان برقی بیمار را در وضعیت بهبودی در بستر قرار داده و به اتاق بهبودی منتقل نمائید $SaO_2 \geq 95\%$. (به‌منظور تضمین محفوظیت بیماران و زمانی‌که بیمار شعور پیدا می‌کند مشاهده بعد از تداوی تکان برقی را قبل از این‌که به وارد منتقل می‌شود اجازه می‌دهد. اطمینان حاصل نمائید که بیمار ECT میز را در حالت اسیدوز ترک نکند.

C. ارزیابی

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. ارزیابی نمائید که آیا علائم حیاتی و درجه فشار سنج در جریان تداوی تکان برقی و بعد از برگشت به وارد در سطوح نورمال باقی می‌ماند. (نشان می‌دهد که وی به طور کافی در جریان تداوی حفظ گردیده است)،

2. صدای شکستن و مفاصل غیر نورمال را مشاهده نمائید. (برای تعیین نمودن اینکه آیا بیمار در جریان اختلاجات کسر / خلع بوجود آمده)،
3. آیا ماشین گراف قلبی تغییرات متوقع در فعالیت‌های دماغ را نشان داده. (برای تعیین نمودن اینکه آیا درجه اختلاجات مورد ضرورت مشاهده گردیده است).

E. اسنادسازی

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- حالت بیمار در جریان داخل شدن در اتاق ECT،
- تداوی که در جریان طرزالعمل گرفته،
- موفقیت طرزالعمل،
- گراف علائم حیاتی، گراف قلبی و SaO2،
- طبیعت و مدت زمان اختلاجات در جریان طرزالعمل،
- مشاهدات در رابطه به ناسازگار بودن و اقدامات مداخلوی که در جریان تداوی اخذ نموده است.

بیماران با رفتار خودکشی

مراحل

1. نرس‌های مخصوص را تعیین نمائید تا در دوره بحرانی از بیمار مواظبت نمائید تا زمانی‌که بیمار کنترل خویش را بدست آورد. (برای نظارت نزدیک، فراهم نمودن امنیت و حمایت)،
2. اشیای مربوط به بیمار و هم اتاقی و پایواز آنرا جستجو نموده و تمام اشیایی را که غیر محفوظ پنداشته می‌شود برطرف نمائید. (ممکن بیماران این اشیاء را برای خود آزاری/خودکشی استفاده نمایند)،
3. مراجعه کننده (بیمار) را تشویق نمائید تا احساسات خود را دریافت و بیان نمائید. (احساسات پذیرش، اعتماد به نفس و به تعقیب آن قابلیت ارزیابی گزینه‌ها را بهبود بخشیده و باعث ایجاد مهارت‌های حل مشکلات می‌گردد)،
4. خود را مطمئن نمائید که بیمار قصد خودکشی ندارد. (صداقت مراجعه کننده (بیمار) را به اطاعت از تصمیم درمانی که توسط مراجعه کننده (بیمار) و نرس اخذ گردیده است، نشان می‌دهد)،
5. با مراجعه کننده (بیمار) صحبت نمائید و برایشان یک پیام امیدوار کننده بدهید، که زندگی ارزش زیستن را دارد. (به مراجعین (بیماران) اجازه می‌دهد تا فرصت را برای جنبه فکری وسیع راجع به موضوعات داشته و با آنها در اداره نمودن احساس دوسوگرایی در مورد زندگی/مرگ کمک می‌کند،
6. برای مراجعه کننده (بیمار) فعالیت‌های تفریحی را مانند والیبال/ میز تنیس و غیره را تعیین نمائید. (به بیمار کمک می‌کند تا از استرس/ احساسات پرخاشگری آزاد گردیده و باعث افزایش پروسسه بهبودی می‌گردد)،
7. خود را مطمئن نمائید، که نرس همیشه مراجعه کننده (بیمار) را مشاهده می‌کند و پایوازان همراه وی همچنان کاملاً از بیمار آگاهی دارد. (مشاهده دقیق را بهبود بخشیده و محفوظیت مراجعه کننده (بیمار) را تضمین می‌نمائید)،

8. بیمار را تجرید ننمائید، و/یا اجازه ندهید که تنها بخوابد. (بودن با دیگران امکان تلاش به خودکشی را کاهش می‌دهد)،
9. مشاهدات و ثبت نمودن آن را در کارت پیشگیری خودکشی و همچنان بررسی عینی مراجعه کننده (بیمار) بعد از هر 20 دقیقه ادامه دهید، با دقت خلق بیمار و شاخص‌های خودکشی را مشاهده و ثبت نمائید و (علائم و تلاش خودکشی بصورت مقدم تشخیص گردیده و بصورت فوری مداخلات مناسب انجام می‌گیرد)،
10. مراجعه کننده (بیمار) را بصورت فیزیکی در ختم هر شفت تسلیم نمائید. شواهد نظارت دقیق و تضمین محفوظیت/امنیت مراجعه کننده می‌باشد).

A. اسناد سازی

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. مفکوره شخص در مورد خودش: (فکر کردن مثبت در مورد خودش یک عرض بهبودی و کاهش افکار خودکشی می‌گردد)،
2. پلان بیمار در مورد اینکه چگونه با خودکشی و چالش‌های دیگر در آینده مجادله کند. (تعیین نمائید که آیا مهارت‌های مجادله و حل مشکلات موثر بصورت موفق ایجاد گردیده است)،
3. قابلیت بیمار با تعامل نمودن با دیگران. (قابلیت مراجعه کننده (بیمار) را به مدغم شدن در فامیل و اجتماع نشان می‌دهد).

B. اسنادسازی

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- هر تلاش خودکشی یا تهدید لفظی. مداخلات و نتایج آن،
- خلاصه ثبت پیشگیری خودکشی و تعهد به عدم خودکشی بعد از هر 20 دقیقه بعد،
- عیادت کننده‌گان که با بیمار ملاقات نموده اند: ارتباط و طبیعت تعامل آنها با مراجعه کننده (بیمار).

دلیریوم (روان آشفتگی) ناشی از ترک الکول (DELIRIUM TREMENS)

مراحل

1. با بیمار همکاری نمائید تا به رفتن به اتاق آماده شود، وی را در بستر قرار دهید. (تحریک کمتر تضمین می‌نمائید که اضطراب بیمار تا حد امکان کنترل گردیده، نور کافی در کاهش خطای ادراک کمک می‌نمائید)،
2. تمام لوازم خطرناک را از محیط برطرف نمائید. (بیمار دوره‌های پر سامات را تجربه می‌نمائید و ممکن از لوازم به‌منظور آسیب رساندن به خویش یا کارمندان استفاده کند)،
3. داروی ضد اضطراب/آنتی سایکوتیک‌های تجویز شده را تطبیق نمائید. (داروی ضد اضطراب تاثیرات تسکین و آرامش را دارد، آنتی سایکوتیک‌ها در کنترل برسامات ذریعه‌ی تاثیرات ضد دوپامین کمک می‌نمائید)،

4. کارمندان را به منظور باقی ماندن با بیمار تعیین نمائید. (محفوظیت بیماران را بهبود میبخشد)،
5. معاینات حالت روانی و علائم حیاتی را هر 4 ساعت بعد اجراء نموده و ثبت نمائید. (وظایف عصبی را به منظور کمک در ارزیابی بهبود بخشیدن مداخلات مناسب نظارت نمائید، فرط فعالیت سیستم عصبی خود کار را نظارت نموده و پلان نمائید)،
6. به بیمار درمورد اینکه چی را تجربه نموده و مداخلات را که انجام گردیده توضیح دهید. (آگاهی از حالت سهم گیری مراجعه کننده، در مراقبت بهبود بخشیده و رعایت رژیم غذایی را نیز بهبود میبخشد)،
7. زمانی که بیمار می تواند درک کند که از آنها چه توقع می رود، رضایت بیمار را حاصل نمائید. (از احساس ملامت دانستن خویش جلوگیری نموده و اطاعت از رژیم دارویی/ همکاری را آسان می سازد، حقوق استقلال بیمار را مراعات نمائید)،
8. مشورت گروهی و انفرادی را تنظیم نمائید. (به منظور حصول اطمینان از پیروسی درمانی به هدف کمک به مراجعین در کنترول/ ترک عادت مصرف الکل می باشد)،
- لوازم را شسته، خشک نموده و آنها را نگهدارید. (آماده بودن لوازم را برای استفاده بعدی تضمین می نمائید).

A. ارزیابی

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. نتایج مداخله: هر نوع جروح را که در جریان اداره نمودن تجربه نموده،
2. آماده گی بیمار برای ادامه مراقبت،
3. آیا رضایت بیمار حاصل گردیده است.

B. اسناد سازی

- مدت زمان سراسیمگی حاد، بیقراری و فرط فعالیت سیستم عصبی خودکار،
- مداخلات بشمول دارو، اقدامات مهار کردن و نتایج آنها،
- خلاصه علائم حیاتی و دریافت های معاینه حالت روانی،
- نتایج ارزیابی،
- پلان پیشنهاد شده برای اقدام دیگر.

حملات حاد ترس

مراحل:

1. دست های تانرا شسته و خشک نمائید. (از سرایت میکروارگانیسم ها جلوگیری نمائید)،
2. بیمار را به یک اتاق آرام که با تنبیه کمتر بوده ببرید و درمورد تمام اقدامات گرفته شده برایش توضیحات ارائه نمائید. (دانستن درمورد اقدامات و اتاق آرام اضطراب را کاهش می دهد)،
3. لوازم خطرناک را از محیط برطرف نمائید. (برای تضمین محفوظیت هر دو بیمار و نرس/کارمند)،

4. با بیمار بمانید و وی را تشویق نمائید، که درمورد تجارب خویش بحث نمائید. (احساس رد شدن را کاهش می‌دهد؛ تجارب ناراحت کننده به بیمار اجازه می‌دهد تا مسایلی را که ممکن سبب اضطراب وی گردد آنرا اداره نمائید)،
5. زمانی که از بیمار مواظبت می‌نمائید آرامش و حوصله مندی را حفظ نمائید. (نرسی که مضطرب و/یا درحال عجله می‌باشد ممکن اضطراب بیمار را تشدید نمائید، آرامش سبب بهبود اعتماد و احساس امنیت و محفوظیت می‌گردد)،
6. علائم حیاتی را هر دو ساعت بعد تعیین نموده، و بعد از هر 4 ساعت بعد قسمی که مناسب باشد کاهش دهید. (تعیین درجه اضطراب و اطلاعات بنیادی را به منظور ارزیابی بهبودی بیمار فراهم می‌سازد)،
7. داروهای ضد اضطراب و انتاگونست‌های اخذه‌های بیتا درنرجیک تجویز شده را تطبیق نمائید. (داروهای ضد اضطراب تأثیرات مسکن دارد، انتاگونست‌های اخذه‌های بیتا درنرجیک را با کاهش تنبیه سیستم سمپاتیک اعراض اضطراب را کاهش می‌دهد)،
8. حالت روانی بیمار را هر 4 ساعت بعد ارزیابی نمائید. (به منظور نظارت بهبود وظایف شناختی)،
9. از کلمات ساده و مختصر استفاده نموده و پیام‌ها باید به آرامی و واضح گفته شود،
10. در صورتی که حالت مغشوش واقع می‌گردد، واقعیت را تقویت ببخشید. (درجه‌های بلند اضطراب، سبب می‌شود تا بیماران نیازمندی‌های فیزیکی خود را شناسایی نتوانند)،
11. به نیازمندی‌های فیزیکی قسمی که لازم باشد رسیدگی نمائید. (اکثر حالات اضطرابی ممکن همراه با نیازمندی‌های شدید فیزیکی ظاهر گردد)،
12. زمانی که درجه اضطراب کاهش می‌ابد، دلیل اضطراب را دریافت نمائید. (شناسایی فاکتورهای تشدید کننده در پلان-گذاری مداخلات به منظور جلوگیری از وقوع آن در آینده کمک می‌کند)،
13. به بیمار اعراض تشدید اضطراب و این که چگونه آنرا توقف دهد آموزش دهید. (بیمار می‌تواند اعراض را شناسایی و حالت پیشرفت حالت ترس را توقف دهد)،
14. سرنج‌ها و سوزن‌های استفاده شده را مطابق اقدامات کنترل انتان برطرف نمائید. (محفوظیت بیمار و کارمندان را بهبود می‌بخشد).

A. ارزیابی

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. که آیا علائم حیاتی در حدود نورمال حفظ گردیده است. (موثریت دارو تجویز شده و مداخلات دیگر را تعیین می‌نمائید)،
2. قابلیت بیمار به کنترل اندازه اضطراب خود. (اضطراب را می‌توان با تمرکز بالا و تأیید حادثات در محیط کاهش داده شود، از وقوع اضطراب در آینده جلوگیری می‌نمائید)،
3. احساسات بیمار درمورد مراقبت خویش (موجودیت مدیریت باکیفیت را تعیین نمائید).

B. اسناد سازی

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- حدود علائم حیاتی در جریان حمله ترس،
- دریافت‌های ارزیابی،
- حالت فعلی بیمار بصورت عمومی.

بیماران پرخاشگر و خشن

مراحل

1. با توجه به فاصله و اندازه طول بازو به بیمار نزدیک بنشینید. (از محفوظیت حدود و جلوگیری از تجاوز به فضای شخصی بیماران خود را مطمئن نمائید)،
2. بیمار را به نام وی خطاب نمائید. (در آگاهی بیمار و ارائه احترام و کاهش تحریک کمک می‌نمائید)،
3. از دیگر بیماران خواهش نمائید تا اتاق را ترک نمائید. (به‌منظور تامین یک محیط محفوظ برای تمام بیماران و جلوگیری از تشدید بیشتر حالت)،
4. خلاصه مکالمه لفظی را زمانی‌که با بیمار صحبت می‌کنید، حفظ نمائید: بازوهای خود را قات نکنید، بلکه یک حالت راحت را حفظ نمائید. (پذیرش را نشان داده، و بیمار را به بیان لفظی تشویق نمائید)،
5. به آرامی و واضح صحبت نموده، و صدای خود را بصورت ثابت عادی یا بیطرف حفظ نمائید: سوال‌های باز بپرسید از "چگونه" و "کجا" استفاده نموده تا در واضح ساختن مشکل کمک نمائید. (به بیمار فرصت اظهار خشم لفظی را ذریعه آغاز مکالمه در یک محیط آرام فراهم نمائید؛ سوال‌های "چرا" بمثل برانگیزنده درک گردیده است)،
6. به‌تدریج به بیمار نشان دهید، که هیچ چیز در دست شما نیست. (به بیمار کمک می‌کند تا احساس کند که وی تعقیب نمی‌شود، بدین ترتیب اضطراب بیمار کاهش میابد)،
7. قیافه را اختیار نمائید که مواظبت را نشان دهد، اما با بیمار با تعجب نگاه نکنید. (نرس را قادر می‌سازد تا درجه خشم را تعیین نمائید، به تعجب نگاه کردن ممکن مانند تلاش به فوقیت از بیمار تفسیر گردد)،
8. ذریعه فریاد نمودن، از هر سیستم اطلاع دهی کمک بخواهید یا از پایواز بیمار دیگر خواهش نمائید. (به‌منظور کمک، اطلاع دهید)، (اداره حالت به تنهایی غیر محفوظ می‌باشد)،
9. از همکاران خود خواهش نمائید، زمانی‌که بیمار مهار می‌گردد، بیماران دیگر را به خارج رهنمایی نمائید. (واقعات شدید ممکن سبب پریشانی بیماران دیگر گردد)،
10. کارمندان را تنظیم نموده و رهبر را تعیین نمائید، تا در مورد اینکه چگونه حالت را باید کنترل نمود، رهنمایی نمائید. (هماهنگی و موثریت را تضمین می‌نمائید)،
11. یک نرس صحت روانی را تعیین نمائید تا آنتی سایکوتیک‌ها یا بنزودیازپین‌های زرقی تجویز شده را آماده و تطبیق نمائید. (در آرامش بیمار کمک می‌کند)،
12. رهنمودهای واضح را در مورد اینکه چگونه باید بیمار را مهار نمود توضیح نمائید. (هماهنگی و موثریت را بهبود می‌بخشد)،

13. به تمام کارمندان توضیح دهید، که کدام حصه بدن بیمار باید محکم گرفته شود، و از کدام زاویه به بیمار نزدیک شوید. (به منظور تسهیل موثریت در تحرکیت مکمل بیمار)،
14. یک عضو گروه را که بیمار با وی آشنایی بیشتر داشته باشد تعیین نمائید، تا با بیمار در طول پروسیجر صحبت نمائید. (به منظور حفظ ارتباط درمانی با بیمار)،
15. نیروی را که به منظور مهار نمودن استفاده می شود کاهش دهید، تا به درجه مقاومت متناسب باشد. (از خطر آسیب رساندن به بیمار جلوگیری نمائید)،
16. بیمار را به یک اتاق راحت و جدا ببرید. (محیط محفوظ را فراهم نموده و بهبودی را تسهیل می بخشد)،
17. با رها نمودن تدریجی یک عضو در یک زمان خود را مطمئن نمائید که بیمار مهار گردیده است. (به منظور کاهش امکان آسیب رساندن از بیمار به کارمند)،
18. تعداد تنفس بیماران را هر نیم ساعت بعد چک نمائید، به تدریج، تا زمانی که حالت بیمار بهبود یابد، تغییر دهید. (بهبودی بیمار را ذریعه اجازه دادن برای مشاهده خلق و رفتار بیمار تعیین می نمائید. این همچنان موثریت مسکنات/ و داروی ضد اضطراب را نظارت می نمائید)،
19. کارمندان را از بیمار بتدریج برطرف نمائید. (به منظور تسهیل بهبودی و کاهش اضطراب)،
20. همین که خشونت بیمار برطرف گردید، بیمار را از تجرید خارج نمائید. (حقوق انجمن بیماران را مراعات نمائید)،
21. زمانی که بیمار آرام گردید، در مورد حادثه با بیمار صحبت نماید. (به بیمار اجازه می دهد تا تجارب خود را بیان نمائید و فاکتورهای برانگیزنده را شناسایی نمائید، پلان گذاری مداخلات را که از تکرار خشونت و تهاجم جلوگیری می کند بهبود می بخشد).

A. ارزیابی

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. تعیین نمائید که آیا بیمار در جریان آرام سازی، آسیب دیده است. (برای مداخلات مناسب، پلان گذاری نمائید)،
2. احساس بیمار نسبت به آرام سازی (به منظور اصلاح ادراک منفی)،
3. احساس کارمندان نسبت به اداره واقعه (برای تعیین موثریت روش های آزام سازی که استفاده گردیده و شناسایی ساحات بهبودی آینده).

B. اسناد سازی

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- زمان مهارشدن،
- داروهای که در جریان مهار شدن تطبیق گردیده و تاثیرات آن،
- کدام عارضه جانبی آرام سازی روی بیمار،
- نتایج ارزیابی.

دستونیا حاد

مراحل

1. دست‌های تآنرا شسته و خشک نمائید. (انتقال میکروازگانیزم‌ها را کاهش می‌دهد)،
2. به سرعت و آرامی بیمار را به اتاق آماده شده انتقال دهید. (حالت تهدید کننده حیات، باید بصورت عاجل اداره گردد)،
3. به سرعت باز بودن طرق هوایی و نوع تنفس بیمار را ارزیابی نمائید. (تاخیر در تطبیق اوکسیجن ممکن منجر به کمبود اوکسیجن گردد)،
4. در صورت ضرورت اوکسیجن را تطبیق نمائید. (خود را مطمئن نمائید که سویه SaO_2 در سطح $\geq 95\%$ حفظ گردیده است)،
5. بنزودیازپین و آنتی کولینرجیک‌های وریدی را در صورتی‌که مناسب باشد تطبیق نمائید. (آرامش عضلات را تسهیل بخشیده، تاثیرات خارج اهرامی دارو آنتی سایکوتیک را از بین می‌برد و بدین‌گونه دستونیا حاد را از بین می‌برد).
6. ورید بیمار را باز نموده و مایعات وریدی را تطبیق نمائید. (به‌منظور احیای مایعات بیمار چون شخی عضلات بلعوم ممکن باعث اختلال تغذیه بیمار گردد)،
7. علائم حیاتی بیمار را هر نیم ساعت بعد چک نمائید، بتدریج به یک ساعت بعد تغییر دهید، تا زمانی‌که دستونیا از بین رود و علائم حیاتی نورمال شود. (به‌منظور تعیین درجه وظایف فزیولوژیک و پلان برای مداخلات بعدی)،
8. زمانی‌که بیمار از دستونیا حاد بهبود میابد، معاینه حالت روانی را انجام دهید. (به‌منظور ارزیابی حالت روانی اجتماعی بیمار، در نظارت بهبود اعراض روانی عصبی کمک می‌کند)،
9. با بیمار تجارب وی را بحث نمائید. (دانش بیمار را درمورد سبب واقع شدن حادثه بهبود بخشیده و همچنان آنها را قادر می‌سازد تا در صورت وقوعات بعدی کمک را جستجو نمائید)،
10. به بیمار توضیح دهید که دستونیا حاد، عارضه جانبی دارو آنتی سایکوتیک می‌باشد. (درک بیمار را درمورد سبب تجربه وی بهبود بخشیده، و بیمار را قادر می‌سازد تا در صورت وقوعات بعدی کمک را جستجو نمائید)،
11. به بیمار درمورد اینکه چگونه علائم اولیه را شناسایی نموده، و ضرورت باخیر ساختن نرسها و این‌که چگونه آنها را با آنتی کولینرجیکها و دارو آرام بخش عضلات کنترل نمائید، توضیحات را ارائه نمائید. (اضطراب بیمار را کاهش داده و رعایت رژیم تداوی را افزایش می‌دهد)،
12. تمام لوازمی که در جریان پروسیجر استفاده کرده‌اید را پاک نمائید:
 - لوازم را مطابق پالیسی شفاخانه نگهداری نمائید،
 - کثافت را مطابق قوانین جلوگیری از انتان و طرزالعمل‌های کنترل، برطرف نمائید.

A. ارزیابی

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. سطح شعور بیمار. (به‌منظور تائید جدی بودن عوارض جانبی و ضرورت به ارزیابی بیشتر)،

2. موثریت تداوی تطبیق شده. (مداخله را می‌توان در تجارب مشابه بعدی استفاده کرد)،
3. احساس بیمار در مورد تجربه. (موثریت مداخله را تعیین نمائید)،
4. احساس بیمار درمورد اینکه در جریان تجربه، وی چگونه اداره گردیده است. (به‌منظور بهبودی کیفیت در مراقبت بیمار به منظور تسهیل بهبودی سریع).

B. اسناد سازی موارد ذیل را ثبت نمائید:

- مدت زمان عکس العمل دستونیک،
- دریافت‌های ارزیابی،
- علائم حیاتی که در جریان عکس‌العمل دستونیک چک گردیده،
- تداوی که تطبیق گردیده و نتایج آن: برای دارو دوزهای آنرا مشخص نمائید،
- حالت فیزیکی و روانی بیمار.

رهبری نمودن وارد روند در وارد شفاخانه صحت روانی مراحل

1. اتاق را آماده نموده و به بیمار خوش آمدید بگویند، از آنها خواهش نمائید تا بنشینند، خود و کامندان را معرفی نموده و ارتباط درمانی را برقرار نمائید. (اضطراب را کاهش داده به خاطری که همکاری را بهبود می‌بخشد)،
2. به بیمار توضیح دهید که یک گزارش در مورد وی برایش داده می‌شود و درمورد آن بحث می‌گردد و وی می‌تواند که آزادانه سوال بپرسد و درمورد مراقبت خویش پیشنهادات را ارائه نمائید،
3. به نرس کلیدی اجازه دهید تا در مورد بهبودی بیمار گزارش مکمل را بشمول موارد ذیل ارائه نمائید:
 - ارزیابی و دریافت‌های نرس‌های صحت روانی،
 - هر دو تشخیص طبی/ نرسنگ،
 - اهدافی که به منظور اداره تعیین گردیده است،
 - مداخلات،
 - ارزیابی (درمورد حالت فعلی بیمار، معلومات را فراهم نموده و بحث پلان گذاری مداخلات دیگر را رهنمایی نمائید).
4. فرصت را برای پاسخ کارمندان دیگر و محصلین فراهم نمائید، در حالی‌که محرمیت بیمار را حفظ نمائید. (بحث بیشتر راجع به اداره و ارزیابی موثریت مداخلات که تا فعلاً استفاده گردیده است نواقص را شناسایی نموده و پلان مداخلات مناسب را رهنمایی نمائید، فرصت آموزشی را برای محصلین و کارمندان فراهم می‌سازد،
5. به بیمار اجازه دهد تا نگرانی‌های خویش را درمورد مراقبت خود بیان نمائید. (بیمار را به سهمگیری در مراقبت وی

تشویق می‌کند، سوء تفاهم را واضح نموده و استفاده از دارو را بهبود می‌بخشد)،

6. به بیمار مودبانه توضیح دهید که نوبت آنها به پایان رسیده و وی را از اتاق رخصت نمایید. (به بیمار اجازه می‌دهد که به کارهای دیگر رسیدگی کند و اتاق برای بیمار بعدی آماده می‌گردد)،

7. مطابق پروتوکول شفاخانه بعد از این‌که تمام بیماران بررسی گردید، اتاق و لوازم را پاک نمایید. (انتقال میکرواورگانیسم‌ها را کاهش می‌دهد)،

A. ارزیابی

موارد ذیل را ارزیابی نمایید:

1. احساس بیمار را در جریان گردش در وارد تعیین نمایید، که آیا بیمار از گردش در وارد بهره‌مند گردیده است یا خیر)،
2. کدام مداخلاتی که پلان گردیده بود، اما در جریان وارد ناتکمیل باقی مانده بود. (برای شناسایی و جلوگیری از تکرار آن در آینده سبب تاخیر بهبودی می‌گردد)،
3. آیا کارمندان از وارد مستفید گردیده‌اند. (تعیین نمایید که آیا اهداف کلینیکی وارد بدست آمده است یا ضرورت به تنظیم جلسه بعدی می‌باشد)،
4. کدام ساحات بهبودی که در جریان وارد شناسایی گردیده (کیفیت مراقبت بیمار را بهبود می‌بخشد)،

B. اسناد سازی

موارد ذیل را ثبت نمایید:

- حالت روانی فعلی بیماران،
- نتایج معاینات فعلی،
- کدام معایناتی که تجویز/ اجراء گردیده،
- نتایج ارزیابی،
- پلان جدید اداره نمودن.

گزارش دهی درمورد یک بیمار مراحل

1. درمورد بیمار اولی بحث نمایید، و خود را مطمئن نمایید که معلومات به یک روش منطقی، منظم و آگاهانه فراهم می‌گردد. (دانستن گزارش را تسهیل بخشیده و فرصت نادیده گرفتن بیماران دیگر را کاهش می‌دهد)،
2. معلومات ذیل را درمورد هر بیمار فراهم نمایید: (به- منظور درست بودن معلومات ذیل را شناسایی نمایید):
 - نمبر اتاق، بستر و اطلاعات درمورد شناخت بیمار،
 - تشخیص نرس‌های صحت روانی و تشخیص روانپزشکی/ طبی نرس کلیدی صحت روانی و داکتر روانی بیمار. (برای مقایسه نمودن ارتباط مداخلات که استفاده می‌گردد)،
 - معایناتی و دریافت‌ها که اجراء گردیده، معایناتی و دریافت‌های که اجراء نگردیده،
 - تداوی و پاسخ بیماران که در جریان 24 ساعت گذشته تطبیق گردیده.

3. به بیمارانی که دستورالعمل‌های مخصوص تجویز گردیده و نیازمندی‌های مخصوص بشمول موارد ذیل ثبت نمائید. (نرس صحت روانی را قادر می‌سازد تا برای نظارت خاص پلان گذاری نمائید)،

- تعیین Input/output،

- ترانسفیوژن خون،

- هشدار خودکشی،

- تجرید.

4. نیازمندی‌های فعلی بیماران:

- درد شدید،

- کمک به منظور فعالیت‌های روزانه که ضرورت بوده. (به-

منظور قادر نمودن نرس به الویت دادن مراقبت بیماران)،

- حالت روانی که به مداخلات عاجل ضرورت است. (تضمین می-

نمائید از تداوی جدید صرف‌نظر نگردیده است)،

- تداوی پلان شده،

- ضرورت برای تغییر دادن تداوی. (بهبودی سریع را تسهیل

می‌بخشد)،

- هر شخصی که با بیمار ملاقات نموده و تغییرات اساسی در

رفتار بیمار بعد از ملاقات ایجاد گردیده است. (به منظور

ارزیابی موثر مداخلات و اینکه آیا می‌توانیم آنرا ادامه

دهیم)،

- دستورهای تجویز شده فعلی. (به منظور ادامه دادن

مراقبت)،

5. به بیمارانی که جدیداً بستر گردیده‌اند، معلومات اضافی ذیل

را فراهم نمائید: (پلان گذاری مراقبت باکیفیت نرسنگ را

تسهیل می‌بخشد)

- محل مراجعه کننده،

- معیارهای بستر شدن قانونی.

6. خلاصه مرخصی را به بیمارانی که مرخص می‌شوند/ رجعت داده

می‌شوند فراهم نمائید:

- دلیل مرخصی/ رجعت دادن را به بیمار رجعت داده شده

توضیح دهید. (دلایل نبودن بیمار را در وارد برایشان

توضیح دهید)،

- هدف (بیماران دیگر را در وارد توضیح دهید).

7. درمورد تاریخچه معمول بیمار توضیحات ارائه نمائید.

(برای جلوگیری از ضیاع وقت)،

- در مورد هر بیمار در مدت 2-3 دقیقه گزارش دهید. خود را

مطئن نمائید که گزارش را به یک لهجه آهسته ارائه می-

نمائید. (برای موثریت، بهره وری و محرمیت).

A. ارزیابی

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. تکمیل بودن معلومات داده شده. (در تعیین کیفیت گزارش و

در شناسایی کمبود معلومات به منظور علاوه نمودن معلومات

کمک می‌نمائید)،

2. ساحات نگرانی، در جریان گزارش دهی. (به منظور تعیین

نمودن ساحات بهبودی)،

3. مدت زمان گزارش دهی. (به منظور بهبود موثریت گزارش‌های

بعدی).

B. اسناد سازی

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- تغییراتی که در مداخلات آمده است،
- داروهای جدید،
- مداخلات پلان شده و آماده‌گی های لازم،
- موضوعات نگران کننده که توسط بیمار در جریان وارد بیان گردیده باشد،
- بهبودی که در بیمار بوجود آمده،
- هر نوع معلوماتی مهم دیگر.

رخصت نمودن یک بیمار روانی از وارد / شفاخانه صحت روانی مراحل

1. به‌منظور نشستن بیمار، یک محل آرام را فراهم نمائید. (تمرکز و آماده بودن، به اخذ معلومات بهبود می‌بخشد)،
2. طرزالعمل مرخصی را برای بیمار/ پایواز توضیح دهید. (به- منظور کاهش اضطراب و تسهیل دانستن نقش بیماران/ پایوازان در مراقبت تعقیبی)،
3. درمورد تجارب گذشته مرخصی بیمار با وی بحث کنید. (به- منظور استراتیژی‌های که موفق بوده، و می‌توان آنرا تقویت بخشیم و استراتیژی‌های را که ممکن باعث تشدید برگشت گردد)،
4. معاینه حالت روانی و فیزیکی را انجام دهید. (به‌منظور تائید نمودن اینکه حالت روانی و فزیولوژیکی بیمار برای رخصت نمودن مناسب می‌باشد)،
5. معلومات را با بیمار در مورد اختلالات روانی وی بشمول تداوی و مراقبت تعقیبی شریک نمائید. (رعایت رژیم داروی را در حالی‌که رفتار سالم را بهبود می‌بخشد، افزایش دهد)،
6. در مورد اینکه چگونه باید دارو را اخذ و نگهداری نمائید، به بیمار معلومات دهید. (پابند بودن به استفاده محفوظ دارو، نگهدای محفوظ دارو به‌منظور حفظ توانایی دارو و کاهش وقوعات تسمم اعضای فامیل را تضمین می- نمائید)،
7. به بیمار درمورد عوارض جانبی دارو، و چگونگی اداره آن توضیح دهید. (به بیمار در حصول کنترول مراقبت وی کمک نموده، به خاطری‌که رعایت رژیم غذایی را بهبود می‌بخشد).

A. ارزیابی

ارزیابی نمائید:

1. درک بیماران را درمورد نقش تداوی شان در خانه. (تعیین نمائید که آیا بیمار به توضیحات بیشتر در رابطه به تداوی خویش ضرورت دارد)،
2. اندازه‌ای که بیمار به رخصت شدن آماده است. (ضرورت عاجل ارزیابی محیط خانه را تعیین نموده و به‌منظور جلوگیری، برگه/شیت مداخلات را پلان نمائید)،
3. محتویات یادداشت‌های مرخصی، دارو و پلان‌های مراقبت تعقیبی. (به‌منظور تعیین نمودن اینکه آیا بیمار توسط صلاحیت قانونی مرخص گردیده بود، این موضوع را کیفیت

اسناد سازی و مراقبتی که اجراء گردیده است، تعیین می-نمائید).

B. اسناد سازی

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- حالت فیزیکی و روانی بیمار، هنگامی که رخصت می‌شود،
- دارو در هنگام مرخصی،
- پلان مراقبت تعقیبی،
- تاریخ / زمان مرخصی،
- مکانی که بیمار به آنجا فرستاده می‌شود.

انجام دادن مراقبت تعقیبی

مراحل :

1. یادداشتهای بیمار را مرور نمائید. (برای تعیین نمودن مداخلات مناسب)،
2. به نیازمندی‌های که در مورد بیمار شناسایی نموده‌اید رسیدگی نمائید. (به‌منظور رابطه درمانی موثر).
3. رابطه میان مراجعه کننده / بیمار و اعضای فامیل را مشاهده نمائید. (به‌منظور تعیین نمودن پذیرش یا رد شدن بیمار در فامیل)،
4. زمانی که فامیل بیمار را ملاقات می‌نمائید، خود را معرفی نموده، و موضوع مراقبت تعقیبی را توضیح دهید. (به‌منظور حصول رضایت و شناسایی)،
5. رابطه بین مراجعه کننده / بیمار و اعضای فامیل را ملاحظه نمائید. (برای معین نمودن قبولیت یا رد نمودن بیمار در فامیل)،
6. اگر دومین جلسه تعقیبی باشد، پیام‌های سلامتی را بیان نموده و نتایج ملاقات قبلی را ارزیابی نمائید. (به‌منظور تعیین نمودن تاثیرات ملاقات قبلی و مراقبتی که باید برای بیمار / فامیل بیمار داده شود)،
7. بیمار و اعضای فامیل وی را تشویق نمائید تا سوال بپرسند. (به‌منظور اصلاح سوء تفاهم و کاهش ترس)،
8. با بیمار / فامیل وی جلسه تعقیبی را پلان نموده، و به آنها اجازه دهید تا از پلان جلسه راضی باشند. (برای ادامه مراقبت)،
9. تفصیلات ملاقات در کارت و فایل را تحریر نموده، و در "کتاب راجستر" ثبت نموده و تاریخ / زمان ملاقات بعدی را مشخص نمائید،
10. مداخلات لازم دیگر را که ممکن به مهارت‌های دیگر ضرورت داشته باشد، پلان نمائید. (به‌منظور اداره مراجعه بعدی).

A. ارزیابی

موارد ذیل را ارزیابی نمائید:

1. آیا اهداف مراقبت تعقیبی حاصل گردیده است یا خیر. (موثریت ملاقات را تعیین نمائید)،
2. آماده‌گی فامیل برای ملاقات تعقیبی. (قدردانی از خدمات فراهم شده، نشان دهند اهمیت ملاقات قبلی بوده است)،
3. رعایت رژیم دارویی توسط بیمار. (سهم‌گیری بیمار را در مراقبت وی نشان می‌دهد)،

4. استراتژی‌های که در اداره چالش‌ها استفاده گردیده. (تعیین می‌نمائید که آیا مهارت‌های موثر مجادلوی ایجاد گردیده یا خیر).

B. اسناد سازی

موارد ذیل را ثبت نمائید:

- معلوماتی که در جریان مکالمه فامیل با درمانگر حاصل گردیده است،
- مکالمات غیر لفظی،
- تعاملی که انجام گردیده است،
- تاریخ/ زمان ملاقات بعدی.

چک‌لست ارزیابی

ارزیابی رهنمود طرزالعمل از ریاست این شفاخانه

رهنمودهای مربوط نرس‌ها	صحت	روانی،	بلی	نخیر	نظریات
1. تمام طرزالعمل‌های صحت روانی و نرس‌های در این فصل شامل گردیده است.					
2. طرزالعمل‌ها تحت کارکرد/ سیستم وظیفوی مربوطه خودشان قرار گرفته اند.					
3. طرزالعمل از ساده بطرف مغلق با درنظرداشت سیستم وظیفوی ترتیب شده است.					
4. طرزالعمل به قسم درست تعریف گردیده است.					
5. هدف طرزالعمل به قسم واضح تعیین گردیده است.					
6. شاخص‌ها برای طرزالعمل درست می‌باشد.					
7. مراحل طرزالعمل دقیق می‌باشد.					
8. پروسه‌های نرسنگ درست تطبیق گردیده است.					
ارزیابی					
پلان گذاری					
تطبیق					
اسناد سازی					

رهنمود دیپارتمنت روانشناسی

فصل اول: معرفی

1.1: هدف رهنمود

هدف این رهنمود ایجاد معیارها و استانداردهای کاری برای روانشناسان شفاخانه صحت روانی کابل می‌باشد. ضمناً، این رهنمود آنها را به فراهم نمودن خدمات معیاری و باکیفیت روانشناختی به مراجعین داخل بستر و سراپا قادر می‌سازد. این رهنمود پذیرای هر نوع پیشنهاد و سفارش از جانب تمامی متخصصین صحت روانی بدون در نظر داشت رشته تخصص آنها اعم از روانشناسان، مشاوران، روانپزشکان، کارمندان اجتماعی و سایر افرادی می‌باشد، که در زمینه صحت روانی در افغانستان کار می‌کنند. این رهنمود همچنان می‌تواند به عنوان یک اساس برای میعارهای کاری و رهنمودهای دیگر که ممکن دیپارتمنت صحت روانی وزارت صحت عامه به‌منظور استفاده به سطح ملی ایجاد کند، مورد استفاده قرار گیرد.

1.2: جمعیت هدف

روانشناسان شفاخانه صحت روانی کابل استفاده‌کنندگان اصلی این رهنمود بوده و مراجعین شفاخانه صحت روانی از آن نفع خواهند برد.

1.3: قوانین اساسی

1. **حقوق بشر و مساوات:** از روانشناسان توقع می‌رود که به حقوق تمام انسانها احترام نموده و در طرزکار خود اصل مساوات را مد نظر بگیرند. به اساس این نوشته، انسان به هر فرد که به شفاخانه صحت روانی مراجعه و خدمات اختصاصی صحت روانی را جستجو می‌نماید، اطلاق می‌گردد.
2. **عدالت و برابری:** از روانشناسان توقع می‌رود که با مراجعین بدون در نظر داشت نژاد، قوم، مذهب، لسان، جنس، سن، و وضعیت اجتماعی اقتصادی بصورت یکسان و منصفانه رفتار نمایند.
3. **استقلال:** از روانشناسان توقع می‌رود تا به حق استقلالیت مراجعین درمورد تصمیم گیری پذیرش و یا رد خدمات مخصوص روانشناختی احترام کنند.
4. **نیکی: خوبی با دیگران -** از روانشناسان توقع می‌رود تا با مراجعین به شیوه‌ای رفتار نمایند که همیشه به نفع مراجعین باشد.
5. **بی ضرر: ضرر نرسانید -** روانشناسان مسئولیت دارند که مراجعین را به مشکلات مواجه ن سازند. از آنها توقع می‌رود تا از هر نوع آسیب ممکن به مراجعین ذریعه تصمیم و فعالیت‌های آنها جلوگیری کنند.
6. **صداقت:** از روانشناسان توقع می‌رود تا در دوره تداوی و بعد از آن با مریضان صادق باشند.

فصل دوم: رهنمود برای خدمات روانشناختی در شفاخانه صحت روانی کابل

این رهنمود با رهنمود، "طرزکار روانشناختی در سیستم انجام مراقبت‌های صحتی." انجمن روانشناسی امریکا مطابقت داده شده است.

در افغانستان مانند قسمت‌های دیگر جهان، سیستم‌های عرضه مراقبت‌های صحتی به سرعت رو به افزایش‌اند. این سیستم‌ها مراقبت‌های صحتی را به شیوه چند انتظامی فراهم می‌نمایند که در آن چندین مسلک باهم کار می‌کنند تا فراهم نمودن خدمات مناسب را به مراجعین تضمین نمایند. خدمات صحت روانی برای مراجعین در شفاخانه صحت روانی کابل همچنان توسط تیم چند انتظامی که شامل داکتران صحت روانی، روانشناسان، نرس‌های بخش صحت روانی، کارمندان اجتماعی، و شغل درمانان می‌باشد فراهم می‌گردد. این بسیار مهم است که هر شخص مسلکی باید از نقش‌ها و مسئولیت‌های خود در این زمینه‌ها آگاه باشد. این رهنمود می‌خواهد به روانشناسان، سایر فراهم کنندگان مراقبت‌های صحتی و کارمندان اداری شفاخانه صحت روانی کابل کمک کند تا نقش روانشناسان را در شفاخانه بهتر درک کنند.

1. "روانشناسان از مسئولیت‌های حقوقی و اخلاقی خود منجیت عضو یک مسلک مجزا و مستقل آگاه می‌شوند."

- مریضان باید خدمات روانشناختی را با بلندترین کیفیت دریافت نمایند. بنابراین از روانشناسان توقع می‌رود که از نقش خود آگاه بوده و هویت مسلکی خود را به‌منظور تضمین این چنین خدمات حفظ نمایند.

2. "روانشناسان تلاش می‌کنند تا توقعات تحمیل شده خارجی و داخلی و نیازمندی‌های سیستم کاری خویش را درک کنند."

- به‌منظور فراهم نمودن خدمات باکیفیت، موثر و مناسب روانشناختی به مریضان، روانشناسان باید کاملاً با توقعات مربوط به شفاخانه آنها و نیازمندی‌های خدمات مناسب روانشناختی مانند گروه درمانی، تداوی انفرادی و امثال آن آشنا باشند. روانشناسان باید تلاش نمایند تا میان توقعات شفاخانه و ضروریات مریضان تعادل را نگهدارند.

3. "روانشناسان به توضیح نقش مشخص، و خدمات خود و چگونگی ارتباط آن با اشخاص مسلکی مراقبت‌های صحتی دیگر آماده می‌گردند."

- "برای موفقیت پلان تداوی این بسیار مهم است تا روانشناسان برای سهم‌گیری در تشخیص، مشاوره، تداوی و بازتوانایی مریضان توانایی‌های خود را به خرج داده و ابراز علاقمندی نماید. درک مهارت‌ها و سهم‌گیری روانشناسان توسط سایر متخصصین بر مبنای درک دو جانبه نقش، مهارت‌ها، و سهم‌گیری روانشناسان استوار است."

4. "روانشناسان تشویق می‌گردند تا به دنبال توظیف کارمندان مناسب و امتیازات کلینیکی در سیستم عرضه مراقبت‌های صحتی باشند."

- "روانشناسان باید بسیار آگاه بوده درمورد آموزش، مهارت‌ها و قابلیت‌های خود درک واضح داشته باشد. آنها همچنان باید تلاش کنند که درک بهتر آموزش، مهارت‌ها و

امتیازات مسلکی دیگر را بدست آورند. روانشناسان، و سایر متخصصین، باید همیشه تلاش کند تا محدوده شایستگی مسلکی خود را حفظ و طبیعت سهم‌گیری خود را در تیم چند انتظامی واضح نماید."

5. "روانشناسان تلاش می‌کنند تا در ایجاد پالیسی‌های شفاخانه راجع به محدوده کار مسلکی و سهم‌گیری در عرضه خدمات دخیل شوند."

- منحث جزء تیم چند انتظامی سهم‌گیری فعال روانشناسان برای موفقیت دوره تداوی مهم می‌باشد. این برای روانشناسان مهم است تا در ایجاد، نظارت و تطبیق پالیسی‌ها و طرزالعمل‌های شفاخانه که تاثیر مستقیم بالای طرز مداخلات روانشناختی دارد دخیل بوده و همکاری نمایند.

6. "روانشناسان ترغیب می‌گردند تا خدمات خود را ذریعه ارتباطات موثر و به موقع با متخصصین سایر خدمات صحت بهبود ببخشند.

- در شفاخانه فراهم کننده گان خدمات صحت مربوط رشته های مختلف حضور دارند. به منظور تضمین مراقبت بهتر مریض روانشناسان باید تلاش کند تا لسان شفاخانه را که لسان طبی است آموخته و صحبت کنند. آنها همچنان باید مفاهیم روانشناختی را به متخصصین دیگر به شیوه ای بیان نمایند که برایشان قابل فهم باشد. همچنان لازم است تا روانشناسان با اشخاص دیگر مسلکی ارتباط بموقع برقرار نموده و در جلسات میان تیم چند انتظامی، گردش در وارد و مشاوره واقعه چندانتظامی اشتراک کنند.

7. "روانشناسان که در سیستم عرضه مراقبت صحت دخیل هستند تلاش نمایند تا شایستگی مناسب تخصصی را کسب و حفظ نمایند."

- درین شفاخانه روانشناسان وظایف مختلف را که مربوط مسلک و سابقه تحصیلی آنها می‌باشد انجام می‌دهند. که شامل روان درمانی گروهی، انفرادی، اشتراک در تیم چند انتظامی، مشاوره روانی اجتماعی و غیره بوده، اما محدود به آنها نمی‌باشد. بسیار مهم است که آنها درمورد دانش مشخص، مهارت‌ها و هر دریافت علمی که به رشته تخصص آنها ارتباط دارد، نقش‌های وظایف داخل شفاخانه آگاهی بهتر داشته باشند. روانشناسان باید بسیار متوجه باشند که تنها در محدوده شایستگی خود کار کنند.

فصل سوم : ارزیابی مکمل روانشناختی

3.1 : اخذ تاریخچه روانشناختی:

تعریف:

عبارت از طرزالعمل سیستمیک جمع آوری اطلاعات عینی و غیر عینی و معلومات در مورد حالت صحت مراجعه کننده بوده که در برگیرنده ابعاد روانی، بیولوژیکی و اجتماعی زندگی مراجعه کننده می‌باشد.

هدف:

هدف آن ایجاد اطلاعات اساسی به منظور تسهیل فورمول بندی روانشناختی و پروسس تشخیص روانشناختی و پلان گذاری برای

مداخلات درمانی می‌باشد. هر مراجعه کننده که مرتبه اول به- منظور جستجو خدمات صحت روانی مراجعه می‌کند باید تاریخچه آن اخذ گردد.

معیارها:

- محیط مصون را فراهم سازید تا مراجعین احساس مصونیت کنند و از آسیب رسانی مراجعین خشن به خود و دیگران جلوگیری نمائید.
- محیط محرمانه را به‌منظور تضمین سری بودن معلومات مراجعین فراهم سازید.
- به مراجعین و پایواز / فامیل آنها درمورد طرزالعمل معلومات فراهم نموده و از درک درست آنها خود را مطمئن نمائید.
- چوکی‌ها باید بشکلی ترتیب شوند که روانشاس، مراجعه کننده و پایواز در یک سطح در مقابل یکدیگر بنشینند. آنها باید یکدیگر خود را بدون کدام مشکلی ببینند.
- در اتاق باید لوازم کافی مانند چوکی، میز، قلم و فورمه- های ارزیابی روانشناختی موجود باشد. در اتاق باید به طور مناسب روشن باشد.
- به‌منظور محفوظیت، روانشناسان باید از دسترسی آسان به دروازه خود را مطمئن نمایند.
- روانشناسان باید دانش کافی در مورد اخذ تاریخچه و محتویات آن داشته باشد.
- روانشناسان باید قابلیت مکالمه نمودن همراه با مراجعین را داشته و اضطراب خود را کنترل نموده بتوانند.
- روانشناسان باید طرزالعمل را بصورت مکمل به مراجعین و پایواز / فامیل توضیح نماید.

تطبیق:

- یک وضعیت نشسته راحت را اختیار کنید که دسترسی را نشان دهد نه عجله را،
- به مراجعه کننده درمورد دوام زمان ممکن اخذ تاریخچه و معلوماتی که از ایشان خواسته می‌شود توضیحات ارائه نماید،
- از پایواز / فامیل آنها درمورد ارتباط آنها با مراجعه کننده بپرسید،
- مراجعه کننده را به‌منظور مفاهمه غیر لفظی مشاهده نموده و آنرا تائید نماید،
- سوال‌های باز بپرسید و از لسان ساده استفاده نماید،
- درموارد ذیل معلومات را حاصل، تفسیر و مکمل ثبت نماید،
- تاریخچه زندگی، دلیل مراجعه،
- شکایات عمده،
- تاریخچه بیماری سابقه (روانی، طبی، جراحی، نسایی برای خانم‌ها و غیره)،
- تاریخچه رشد، قبل از ولادت، نوزادی، کودکی، بلوغیت، کحولت،
- تاریخچه روانی اجتماعی، آموزش؛ مذهبی، حزبی، شغلی/ سابقه وظیفوی و سابقه اجتماعی - فرهنگی،

- روانی - جنسی: تاریخچه جنسی را با پرسیدن سوال که مراجعه کننده چگونه درمورد مسایل جنسی معلومات بدست آورده، آغاز کنید. بپرسید که آیا زندگی جنسی مراجعه کننده رضایت بخش است یا خیر. در مورد روش‌های جلوگیری از حمل بپرسید،
- عادات، تنباکو و سوءاستفاده از مواد دیگر،
- تاریخچه جنایی: درمورد تخطی جنایی در گذشته بپرسید،
- شخصیت قبل از مریضی: فعالیت‌های اوقات فراغت، خلق، صفات، نگرش و معیارها نسبت به اعضای بدن، صحت، بیماری و معیارهای مذهبی و اخلاقی،
- علائم اختلالات عاطفی در دوره کودکی مقدم (قدم زدن در خواب، لکنت زبان، مشکلات رفتار و امثال آن)،
- به مراجعه کننده توضیح دهید، معلوماتی که برای فعلاً ضروری بوده حاصل نمودید. در صورتی که به معلومات بیشتر ضرورت باشد آنها خواسته خواهند شد،
- از مراجعه کننده پایواز/ فامیل آنها بپرسید که اگر کدام سوال داشته باشد بپرسد،
- ختم جلسه را اعلان نموده، از مراجعه کننده پایواز/ فامیل آنها تشکر کنید،
- یادداشت‌ها و فایل‌های مراجعه کننده را در الماری مربوطه نگهداری نمائید.
- کیفیت تاریخچه را که اخذ نموده‌اید، به منظور تصمیم‌گیری این‌که آیا به اخذ تاریخچه بیشتری ضرورت است یا خیر ارزیابی نمائید،
- کافی بودن تاریخچه را برای پلانگذاری مداخلات ارزیابی نماید،
- عکس‌العمل مراجعه کننده را هنگام مصاحبه ارزیابی نمائید،
- هماهنگی مفاهیم لفظی و غیر لفظی و معاینات تشخیصیه را ارزیابی نمائید.

اسناد سازی :

- لازم است تا روانشناسان موارد ذیل را ثبت نمایند:
- ثبت مکمل تاریخچه را که اخذ نموده‌اید،
- موضوعات مشخصی که باعث نگرانی مراجعه کننده و پایواز شده است،
- مشاهده هر نوع اضطراب مراجعه کننده و پایواز،
- قسمت‌های از تاریخچه که به تحقیق بیشتر ضرورت دارد،
- ارتباطات میان پایواز و مراجعه کننده هنگام گفتگو.

3.2 معاینه حالت روانی:

تعریف

عبارت از ارزیابی سیستماتیک کارکرد شناختی، پروسه تفکر، درک، تکلم، خلق، وضعیت ظاهری و رفتار مراجعه کننده می‌باشد.

هدف:

هدف آن ایجاد اطلاعات اساسی که برای فورمول بندی تشخیصی و مداخلات درمانی مهم است می‌باشد. معاینه مکمل حالت روانی هر مراجعه کننده که در جستجوی خدمات صحت روانی می‌باشد باید

توسط روانشناسان در جریان اولین تماس و زمان مرخصی از
شفاخانه اجراء گردد.

معیارها:

- محیط مصئون را برای مراجعین فراهم نمائید تا مراجعین احساس مسئولیت نمایند و همچنان از آسیب رسانی مراجعین خشن به خود و دیگران جلوگیری نمائید،
- محیط محرمانه را به منظور تضمین سری بون معلومات مراجعین فراهم نمائید،
- درمورد پروسیجر برای مراجعین و پایواز/ فامیل معلومات فراهم نموده و از درک درست آنها خود را مطمئن سازید،
- چوکی ها باید بشکل تنظیم شود که روانشناسان، مراجعین و پایوازان آنها در یک سطح در مقابل یکدیگر بنشینند. آنها همچنان باید یکدیگر خود را بدون مانع دیده بتوانند،
- در اتاق باید لوازم کافی مانند چوکی، میز، قلم ها، فورمه های معاینات روانی و غیره موجود باشد. اتاق باید دارای روشنی کافی باشد،
- به منظور تامین مسئولیت خود، روانشناس باید از دسترسی آسان به دروازه خود را مطمئن نماید،
- روانشناسان باید در مورد طرزالعمل و محتویات معاینه حالت روانی دانش کافی داشته باشند،
- روانشناسان باید قابلیت مکالمه مناسب همراه با مراجعین و کنترل اضطراب خود را داشته باشند،
- روانشناسان باید طرزالعمل را بصورت مکمل به مراجعین و پایواز / فامیل آنها توضیح دهند.

تطبیق:

- در وضعیت راحت بنشینند و فاصله کافی را که برای مراجعه کننده قابل تحمل باشد حفظ نمائید،
- به مراجعه کننده درمورد دوام تقریبی ارزیابی و اینکه از او چه نیاز دارید توضیحات ارائه نمائید،
- اصول روش های مصاحبه را مراعات نمائید،
- مراجعه کننده را به منظور مفاهمه غیر لفظی مشاهده نموده و آنرا تصدیق نمائید،
- سوال های باز بپرسید و از لسان ساده استفاده نمائید.
- درموارد ذیل معلومات را بدست آورده، تفسیر نموده و مکمل ثبت نمائید،
 - وضعیت ظاهری: معیوبیت فیزیکی، لباس (آیا مناسب است، سمبولیک) آراستگی (منظم یا بینظم) تماس چشمی، افاده وجهی، وضیعت و راه رفتن، ساختار بدن و علائم ضیاع و یا افزایش وزن در این اواخر،
 - رفتار و فعالیت های روانی- حرکی: بیقراری، تحریک پذیری، خستگی، اطوار قالبی (mannerisms)، حرکات غیر ارادی (tics)، پژواک کرداری (echoparaxia)، انعطاف پذیری مومی (waxy flexibility)، علائم مانند پارکنسون بشمول: بیقراری حرکی پاها (akathisia)، اختلال حرکی (dyskinesia)،
 - ارتباط: آیا ایجاد و حفظ گردیده یا نه (رفاقت، همکاری یا خصومت و حالت دفاعی)،

- تکلم: جریان نورمال، فشار تکلم، درجه صدا (بلند یا آهسته) به اختیار، بی‌اختیار، فقر تکلم، خاموش، یک‌جایی
- خلق: افسرده، تحریک‌پذیری، قهر، خوش‌سر، خلق‌بالا، تغییرات روزانه، ناپایدار و غیره،
- عاطفه: مناسب، محدود، هموار کند و غیره.
- پروسس افکار:
 - منطقی، منسجم، قابل فهم،
 - واژه‌سازی،
 - آشفته‌گویی،
 - حاشیه‌پردازی و سخنان بی‌مورد،
 - افسانه‌بافی،
 - از دست دادن ارتباط،
 - پرش افکار،
 - صدای بهم خوردن (قافیه سرایی).
- محتویات افکار: محتویات افکار مراجعه‌کننده شامل نظریات پر ارزش، هزیان، وسواس، اجبار، ترس، افکار خودکشی و دیگر کشی می‌باشد.
- درک: خطای ادراک، برسامات، خودبینی (مفکوره خود).
- شناخت: شامل استدلال فکری، قضاوت، شعور، جهت‌یابی، حافظه، بیداری، توجه و تمرکز می‌باشد.
- بینش: آیا موجود است، کامل است یا موجود نیست.
- اعراض رشد‌کننده:
 - افزایش یا کاهش اشتها،
 - بیخوابی یا پر خوابی،
 - از دست دادن علاقه یا انرژی در فعالیت‌های روزانه،
- به آنها توضیح نماید که معلومات را که فعلاً ضروری بوده، بدست آورده اید،
- از مراجعه‌کننده بپرسید که آیا کدام سوالی دارد،
- ختم جلسه را اعلان نموده و از مراجعه‌کننده پایواز / فامیل تشکر کنید،
- یادداشت‌ها و فایل‌های مربوط مراجعه‌کننده را در الماری مخصوص نگهدارید،
- کیفیت اطلاعاتی را که بدست آورده اید ارزیابی نمائید،
- عکس‌العمل مراجعه‌کننده را در جریان معاینه ارزیابی نمائید.

اسناد سازی:

لازم است تا روانشناسان معلومات ذیل را ثبت نمایند:

- یادداشت دریافت‌های مکمل معاینه حالت روانی،
- مدت زمانی که معاینه دربر گرفته،
- موضوعات مخصوص نگران‌کننده که در رابطه با مراجعه‌کننده دریافت گردیده است،
- هر نوع اضطراب مراجعه‌کننده که مشاهده گردیده،
- ساحات معاینه که به توضیحات بیشتری ضرورت داشته باشد،
- مقایسه دریافت‌های قبلی معاینه حالت روانی (در صورتی‌که قابل تطبیق باشد).

3.3: معاینه مختصر حالت روانی: (MMSE)

تعریف:

عبارت از یک شکل مختصر معاینه مکمل حالت روانی می‌باشد که در هر جلسه روان درمانی با مراجعین انجام می‌گردد. این معاینه مشابه به معاینه مکمل حالت روانی بوده که شامل؛ ارزیابی مفصل و سیستمیک وظایف شناختی، پروسس افکار، درک، تکلم، خلق، وضعیت ظاهری و رفتار مراجعه کننده می‌باشد.

هدف:

هدف آن ایجاد معلومات دوامدار برای ادامه، قطع و تغییر فورمول بندی تشخیصی و مداخلات درمانی می‌باشد. معاینه مختصر حالت روانی هر مراجعه کننده باید توسط روانشناسان در جریان آغاز و ختم هر جلسه روان درمانی اجراء گردد.

معیارها:

- فراهم نمودن محیط مصئون تا مراجعین احساس مصئونیت نمایند و همچنان از آسیب رسانی مراجعین خشن به خود و دیگران جلوگیری نمایند،
- فراهم نمودن محیط محرمانه به منظور تضمین سری بودن معلومات مراجعین،
- فراهم نمودن معلومات درمورد طرزالعمل برای مراجعین و پایوازان/ فامیل‌های آنها و حصول اطمینان از درک درست آنها،
- چوکی‌ها باید به قسمی تنظیم شود تا روانشناسان، مراجعین و پایوازان آنها را در یک سطح، مقابل یکدیگر بشنند. و آنها یکدیگر خود را بدون مانع دیده بتوانند،
- در اتاق باید لوازم کافی مانند چوکی، میز، قلم، فورم های معاینه حالت روانی و غیره موجود باشد. در اتاق باید روشنی کافی موجود باشد،
- به منظور مصئونیت، روانشناسان باید از دسترسی آسان به دروازه خود رامطمین نمایند،
- روانشناسان باید دانش کافی درمورد طرزالعمل و محتویات معاینه حالت روانی داشته باشند،
- روانشناسان باید قابلیت مفاهمه درست و کنترل اضطراب خود را داشته باشد،
- روانشناسان باید طرزالعمل را به مراجعین و پایوازان/ فامیل‌ها بصورت کامل توضیح نمایند.

تطبیق:

- وضعیت نشسته راحت را اختیار نموده و فضای کافی به اندازه ای که مراجعه کننده اجازه می‌دهد حفظ نماید،
- قوانین روش‌های درمانی را مراعات نمایید،
- مراجعه کننده را به منظور مفاهمه غیر لفظی مشاهده نموده و آنرا تصدیق نمایید،
- درمورد ذیل معلومات را بدست آورده، تفسیر نموده و کاملاً ثبت نمایید.

- **وضعیت ظاهری:** معیوبیت فیزیکی، لباس (آیا مناسب، سمبولیک) آراستگی (منظم غیرمنظم)، تماس چشمی، افاده

- وجهی، وضعیت، راه رفتن، ساختار بدن، علائم افزایش و یا کاهش وزن در این اواخر.
- **رفتار و فعالیت‌های روانی-حرکی:** رفتار و فعالیت‌های روانی-حرکی: بیقراری، تحریک پذیری، خستگی، اطوار قالبی، حرکات غیر ارادی، پژواک کرداری، انعطاف پذیری مومی، علائم مانند پارکنسون بشمول بیقراری حرکی پاها، اختلال حرکی.
- **رابطه درمانی:** آیا ایجاد و حفظ گردیده یا خیر (رفاقت، همکاری یا خصومت و حالت دفاعی).
- **تکلم:** جریان نورمال، فشار تکلم، درجه صدا (بلند یا آهسته)، به اختیار بی اختیار، فقر تکلم، خاموش، یک هجایی.
- **خلق:** افسرده، تحریک پذیر، قهر، خوش سر، خلق بالا، تغییرات روزانه، ناپایدار و غیره.
- **عاطفه:** مناسب، محدود، هموار، کند و غیره.
- **پروسس افکار**
 - منطقی، منسجم، قابل فهم،
 - واژه سازی،
 - آشفته گویی،
 - حاشیه پردازی و سخنان بی مورد،
 - افسانه بافی،
 - از دست دادن ارتباط،
 - پرش افکار،
 - صدای بهم خوردن (قافیه سرایی).
- **محتویات افکار:** محتویات افکار مراجعه کننده شامل؛ نظریات پر ارزش، هزیان، وسواس، اجبار، ترس، افکار خودکشی و دیگر کشی می‌باشد.
- **درک:** خطای ادراک، برسامات، خود بینی (مفکوره خود).
- **شناخت:** شامل استدلال فکری، قضاوت، شعور، جهت یابی، حافظه، بیداری، توجه و تمرکز می‌باشد.
- **بینش:** آیا موجود است، کامل است یا موجود نیست.
- **اعراض رشد کننده:**
 - افزایش یا کاهش اشتها،
 - بیخوابی یا پر خوابی،
 - از دست دادن علاقه یا انرژی در فعالیت‌های روزانه،
- به آنها توضیح دهید، که معلوماتی را که فعلاً ضروری بوده، بدست آورده اید،
- از مراجعه کننده بپرسید که آیا کدام سوال دارد،
- ختم جلسه را اعلان نموده و از مراجعه کننده پایواز / فامیل تشکری کنید،
- یادداشت‌ها و فایل‌های مربوط مراجعه کننده را در الماری مخصوص نگهدارید،
- کیفیت اطلاعاتی را که بدست آورده اید ارزیابی نمائید،
- عکس العمل مراجعه کننده را در جریان معاینه ارزیابی نمائید.

اسناد سازی:

لازم است تا روانشناسان معلومات ذیل را ثبت نمایند:

- یادداشت دریافت‌های مکمل معاینه حالت روانی،
- مدت زمانی که معاینه دربر گرفته،
- موضوعات مخصوص نگران کننده که در رابطه با مراجعه کننده دریافت گردیده است،
- هر نوع اضطراب مراجعه کننده که مشاهده گردیده،
- ساحات معاینه که به توضیحات بیشتر ضرورت داشته باشد،
- مقایسه دریافت‌های قبلی معاینه حالت روانی (در صورتی که قابل تطبیق باشد).

3.4: ایجاد یک رابطه درمانی بین درمان گر و مراجعه کننده

تعریف:

عبارت از پروسه ایجاد یک ارتباط هدفمند که منجر به تغییر مثبت (رشد و انکشاف) در زندگی مراجعین می‌گردد.

هدف:

هدف آن کمک به مراجعین و انکشاف موثر توانایی‌های کسانی است که به‌منظور انکشاف بینش شان در مورد مشکلات شان مراجعه نموده‌اند تا آنها را برای استفاده از پوتانشیل شان در راستای حل مشکلات آنها و تطابق با شرایط زندگی آماده بسازند.

استطباب:

روان درمانی می‌تواند یک تداوی انتخابی برای تمام مراجعین که مشکلات عاطفی یا اختلالات روانی را تجربه می‌کنند باشد. رابطه خوب درمانی بین مراجعه کننده و درمانگر بخش مهمی از روان درمانی می‌باشد.

معیارها:

- از لسانی استفاده شود که مراجعین آنها خوبتر درک بتوانند،
- موجودیت اختلالات فکری و ادراکی،
- ارزیابی سابقه فرهنگی مراجعه کننده به‌منظور دریافت موجودیت عوامل فرهنگی که بالای روش‌های ارتباط لفظی و غیر لفظی مریض تاثیر می‌کند،
- اندازه فضای فیزیکی و ترتیب نشستن که توسط مراجعه کننده / مراجعین ترجیع داده شده است،
- هر نوع از ناتوانی‌های تکلمی یا ارتباطی را ارزیابی نمائید تا مشخص شود که به‌منظور اصلاح این ناتوانی‌ها به کدام نوع خدمات نیاز می‌باشد،
- یادداشت‌های مراجعه کننده‌گان را برای بدست آوردن معلومات مکمل درمورد مراجعه کننده‌گان مرور کنید،
- نکات مخصوص و کمبود معلومات را به‌منظور واضح نمودن آن با مراجعه کننده / مراجعین پلان نمائید،
- روی احساسات خودی و رفتار خویش که ممکن تاثیر منفی بالای پاسخ مراجعه کننده / مراجعه کننده‌گان داشته باشد تسلط داشته باشید،
- با مراجعه کننده احوال بررسی نموده و خود را معرفی نمائید،

- برای مراجعه کننده فعالیت را که او در آن دخیل می‌باشد توضیح دهید (باید بطور وسیع در جریان جلسه اولی و همچنان در جریان جلسات بعدی در صورتی‌که ضروری باشد انجام شود. بطور مثال، انتقال، روابط دو جاتبه و غیره)،
- تاریخ، زمان و مکان را برای جلسات درمانی تعیین نمایید،
- اطمینان حاصل نمایید که اتاق خاموش یا فضای عاری از مزاحمت و اخلاص می‌باشد،
- چوکی‌های راحت و محفوظ را برای درمانگر و مراجعه کننده-گان فراهم نمایید،
- بنابر دلایل مصونیت، روانشناسان باید از دسترسی آسان به دروازه اطمینان حاصل نمایند،
- ترتیب نشستن را به قسمی تنظیم نمایید که به درمانگر اجازه دهد تا مراجعه کننده را بصورت مکمل دیده بتواند و در عین حال تهدید کننده نباشد.

تطبیق:

- به مراجعین خوش آمدید گفته و از آنها خواهش نمایید تا بنشینند،
- در یک سطح مساوی با مریض که به مشاهدات و تماس چشمی غیر تهدید آمیز اجازه دهد بنشینید،
- تماس چشمی را حفظ نمایید (مسایل فرهنگی را در نظر بگیرید)،
- با مراجعه کننده‌گان درمورد سطح مناسب انکشاف (جوان / طفل) صحبت کنید،
- به مراجعین کاملاً توجه نموده و از هرنوع اختلال در جریان مکالمه به‌منظور ارائه احترام به مراجعین جلوگیری نمایید، که این باعث ایجاد اعتماد گردیده سبب بهبود تمرکز و وضاحت می‌گردد،
- مکالمه را با بحث نمودن روی موضوعات عمومی که بیشتر از دو دقیقه را در بر نگیرد آغاز نمایید،
- آهسته و واضح صحبت نموده و از تغییر لهجه مناسب استفاده نمایید (برای حفظ علاقه و تمرکز مریض / مراجعه کننده)،
- از مهارت‌های مشاوره به‌منظور افزایش ایجاد رابطه درمانی با مراجعین استفاده نمایید. پرسش سوال را محدود نمایید زیرا ممکن که مراجعین را احساس دهد که آنها تحت بازجوی قرار دارند. مهارت‌های عمده مشاوره همدلی، سلوک اشتراکی، مقابله، توضیح، بازتاب اندیشه، خلاصه و سوالات باز ختم شونده هستند،
- زمانی‌که می‌خواهید بپرسید که موضوعات نگران کننده مراجعین چیست از سوالات باز استفاده نمایید. (به مراجعه کننده‌گان احترام نمایید، زیرا به آنها احساس می‌دهد که کنترل مستقیم بالای مسایل او دارید. همچنان اعتماد به نفس را بهبود می‌بخشد)،
- در صورتی‌که روانشناس می‌خواهد سوال بپرسد، وی باید تلاش نماید تا به‌منظور اجازه دادن به افشاء و سهم‌گیری فعال مراجعه کننده در پروسه مکالمه سوال باز بپرسد،
- برای مراجعه کننده فرصت پاسخ دادن را بدهید، از تحمل و حوصله کار بگیرید،

- تظاهرات وجهی را به منظور شناسایی هر نوع پیام‌های مخالف که منتقل گردیده مشاهده نمائید،
- اوقات منظم ملاقات را تعیین نموده و به وقت پایبند باشید،
- برای مراجعین جدید، خلاصه ضرورت جلسه را توضیح دهید. (برای آنها آگاهی دهید)،
- برای مراجعه کننده / مریض سابقه (با مریض که جلسه از قبل ادامه دارد)، بصورت خلاصه بحث قبلی را مرور نموده و بعداً موضوع بحث امروزی را معرفی نمائید،
- رفتار مراجعه کننده / مریض را در جریان این مرحله مشاهده نمائید تا تعیین کنید که آیا مراجعه کننده / مریض به سرعت متوقع پیش می‌رود و در جلسه معلومات را فراهم می‌نماید یا خیر،
- به مراجعه کننده / مریض کمک کنید تا نیازمندی‌ها و چالش‌های خود را شناسایی نماید، این امر بینش و درک مراجعه کننده / مریض را بهبود بخشیده باعث تشویق اشتراک فعال آنها می‌گردد،
- درمورد جزئیات توقعات و مسئولیت‌های روانشناسان و مراجعین به منظور به حداکثر رسانیدن عهده فرضی مراجعه کننده بحث نمائید،
- اطلاعات بیشتر را از مراجعین جمع آوری نموده و توانایی‌ها و محدودیت‌های مراجعین را شناسایی نمائید،
- تشخیص روانشناختی را وضع نموده، اهداف را که مراجعه کننده و روانشناس هر دو به آن توافق داشته باشد تعیین کنید،
- پلان عملکرد را به منظور کاهش ناکامی طوری ایجاد نمائید که برای رسیدن به اهداف، واقع بینانه باشد،
- احساس ناراحتی و اضطراب را دریافت کنید،
- مراجعه کننده‌گان را در رابطه با موضوع مورد بحث رهنمائی کنید،
- راجع به مشکلات و جهت دهی درمورد واقعیت‌ها بحث نمائید،
- علائم اضطراب را در مراجعه کننده‌گان که حین بحث در مورد تجربه دردناک بوجود می‌آید ملاحظه کنید.
- بصورت دوام دار مشاهده نمائید که آیا مراجعین به ختم جلسه / درمان آماده می‌باشد.
- به ضروریات مراجعه کننده که به توجه عاجل نیاز دارد رسیدگی نمائید،
- اهداف تعیین شده با مراجعین را وقتاً فوقتاً مرور نموده، در صورت ضرورت و یا خواش مراجعین آنرا تغییر دهید،
- نتایج اهداف تعیین شده را درجریان هر جلسه بطور دوام دار ارزیابی کنید،
- مسایل بحث شده با مراجعه کننده‌گان را خلاصه نموده و برای مراجعه کننده اجازه پرسش سوالات را بدهید،
- مراجعه کننده‌گان را نظر به نتایج اهداف به جلسات بعدی راجع نمائید،
- ختم جلسه را اعلان نموده، از حوصله مندی مراجعه کننده سپاسگذاری و قدردانی نموده و احترام نمائید،

- در صورتی که جلسات ادامه می‌یابد زمان و تاریخ ملاقات را با مراجعین تعیین نمائید،
- در اخیر هر جلسه، رضایت مراجعه کننده از جلسه را ارزیابی نمائید،
- در اخیر هر جلسه، ارزیابی کنید که مراجعه کننده‌گان تا چقدر اندازه قادر به حل یا مجادله با حالات مشابه در آینده خواهند بود،
- در صورتی که مراجعه کننده مشکلات خود را به شکل لفظی بیان می‌نماید، به این معنی است که اعتماد ایجاد گردیده است.

اسناد سازی:

روانشناسان باید معلومات ذیل را ثبت نمایند:

- نتایج پایانی ارزیابی جلسه را،
- تمام موضوعات نگران کننده مراجعه کننده،
- تمام موضوعات نگران کننده که توسط تیم مراقبت صحتی یا اشخاص مسلکی دیگر به مراقبت تعقیبی ضرورت دارد.

3.5: اجرای روان درمانی انفرادی

تعریف:

شکلی از روان درمانی است که در آن شخصی که از اختلالات روانی یا مشکلات عاطفی رنج می‌برد با دقت انتخاب شده و بطور منظم با درمانگر به منظور ایجاد یک رابطه مسلکی به هدف از بین بردن، اصلاح و یا کاهش اعراض موجود، و مداخله در روش‌های رفتار مختل شده و بهبود رشد یا انکشاف شخصیت ملاقات می‌نماید.

هدف:

- کمک به مراجعه کننده‌گان به منظور شناسایی خود و حالت فعلی خود از طریق ارتباط دادن رابطه میان احساسات و رفتار که ممکن قبلاً شناسایی نگردیده باشد،
- به منظور تقویت قوه‌های دفاعی موجود حین ایجاد میکانیزم‌های جدید کنترل و برگرداندن توازن تطابقی.

استطباب:

روان درمانی می‌تواند که درمانی انتخابی برای تمام مراجعین که مشکلات عاطفی یا اختلالات روانی را تجربه می‌کنند باشد. تصمیم آغاز یا راجع نمودن مراجعه کننده به روان درمانی باید در مشورت با اشخاص مسلکی دیگر گرفته شود. روانشناسان باید دریافته‌های خود را با داکتر ترینر صحت روانی در شفاخانه صحت روانی شریک نموده و در مورد پلان مداوی مراجعه کننده به یک موافقه برسند. در صورتی که یک مراجعه کننده توسط یک داکتر صحت روانی به منظور تشخیص و روان درمانی ارجاع می‌شود، روانشناس باید ارزیابی مکمل روانی را تکمیل نموده و در مشورت با مراجعه کننده، خدمات روان درمانی را آغاز نماید. و این تصمیم باید دوباره با داکتر صحت روانی اطلاع داده شود.

معیار ها:

- روانشناسان باید درک خودی مناسب را به منظور شناسایی بعضی از ضروریات / رفتار که ممکن پروسه درمانی را متاثر سازد داشته باشد،
- روانشناسان باید حالت عمومی مراجعین و درک عمومی آنها را درمورد پروسیجر ارزیابی نمایند.
- روانشناسان باید محیط را برای موارد ذیل آماده سازند:
- محرمیت به منظور حصول اطمینان از همکاری و راز داری،
- مسئولیت: یک مراجعه کننده روانی ممکن به خویش و درمانگر آسیب برساند،
- لوازم مورد نیاز را معین نمایند. (یادداشت‌های بهبودی، قلم و غیره)،
- روانشناسان باید پروسیجر روان درمانی انفرادی را مرور کنند،
- روانشناسان باید تاریخچه مراجعین و مداخلات قبلی را مرور کنند،
- روانشناسان باید احساسات، ترس و اضطراب خویش را در مورد کار کردن با یک مراجعه کننده مشخص، شناسایی نموده و به آن توجه و رسیدگی نمایند،
- روانشناسان باید معلومات را برای شریک ساختن با مراجعه کننده‌گان آماده نمایند،
- روانشناسان باید جلسات درمانی را با مراجعه کننده‌گان پلان نمایند،
- پروسیجر را برای مراجعه کننده‌گان توضیح داده و رضایت آنها را حاصل نمایند. (در جریان اولین جلسه)،
- دو عدد چوکی، یکی برای مراجعین و دیگری برای درمانگر فراهم نمایند،
- ترتیب نشستن را قسمی ترتیب دهید که برای خروج آسان اجازه دهد،
- همکاران را باخبر نمائید که اتاق مورد استفاده قرار دارد و در صورت ضرورت درخواست کمک را تنظیم نمائید.

تطبیق:

مرحله معرفی (یا جهت دهی)

- یک محیط سودمند را برای پروسیجر، ایجاد اعتماد و تفاهم ایجاد نمائید،
- تاریخچه مراجعه کننده را همراه با مراجعه کننده مرور نموده، ضروریات او را معین سازید،
- یک جا با مراجعه کننده‌گان، اهدافی را تعیین کنید که برای مراجعه کننده و درمانگر راحت باشد. اهدافی که بسیار بلند تعیین شده باشند منبع ناکامی بوده و پروسه درمانی را بطرف ناکامی سوق می‌دهد،
- یک تقسیم اوقات کاری پروسه درمان را طرح کنید.

مرحله کاری:

- جلسات درمانی را در وقت معین آغاز نمائید چون تقسیم اوقات قابل اعتماد، انعطاف پذیری را بهبود می‌بخشد،
- اعتماد مراجعین را حاصل و تفاهم که قبلاً ایجاد گردیده بود را حفظ نمائید،

- با استفاده از روش‌های روان درمانی مناسب، با مراجعه کننده در اظهار تدریجی تجارب / احساس ناخود آگاه کمک نمائید،
- با مراجعه کننده کمک نمائید تا به هیجانات اظهار شده به‌منظور ایجاد آگاهی درمورد بعضی از هیجانات عمیق که ممکن در رفتار فعلی مراجعه کننده سهم داشته باشد اشاره کنید،
- ارتباطات لفظی و غیر لفظی را در جریان جلسات یادداشت نمائید.

مرحله ختم:

- مراجعه کننده‌گان را برای ختم جلسه آماده نمائید. اضطراب آنها را که با جدایی همراه است برطرف نموده، آنها را در آرامش قرار دهید،
- اهداف تعیین شده درمانی را برای معین کردن اینکه تا چه حد اهداف برای مداخلات معین بدست آورده شده‌اند، مرور کنید،
- احساسات خود و مراجعه کننده‌گان را درمورد ختم جلسه بطور آزادانه بحث نمائید. رشد احساسات هر دو، مراجعه کننده و درمانگر را اجازه دهید،
- احساسات مراجعه کننده‌گان را درمورد ختم روان درمانی شناسایی و دریافت نمائید. اعراض غمگینی و از دست دادن که با مرحله ختم همراه می‌باشد را برطرف نمائید.

مرحله ارزیابی:

- موثریت پروسه درمان را تعیین نمائید، که آیا اهداف تعیین شده حاصل گردیده است،
- آماده‌گی مراجعه کننده را برای ختم جلسات درمانی ارزیابی کنید، که نشان دهنده این است که آیا رشد احساسی مراجعه کننده حاصل گردیده باشد،
- احساسات عدم وابسته بودن و ایجاد روش‌های حل موثر مشکلات (نشان دهنده رضایت از پروسه درمان است).

اسناد سازی:

روانشناسان باید معلومات ذیل را ثبت نمایند: (راپورهای پیشرفت)

- مشکلات مشخص و راه حل آنها،
- میتودهای روان درمانی که استفاده شده است،
- هر نوع کارخانگی که اجرای آن برای مراجعه کننده توصیه شده بود،
- نتایج / پیشرفت‌ها در جریان هر جلسه،
- پاسخ مراجعه کننده‌گان به درمان،
- کیفیت مرحله اختتام.

یادداشت مهم:

هنگامی‌که مراجعین احساس غمگینی و از دست دادن را تجربه می‌کنند، رفتار به تعویق انداختن ختم جلسه ممکن توسط مراجعه کننده اظهار گردد. در صورتی‌که روانشناس عین احساسات مراجعه

کننده را تجربه می‌کند وی می‌تواند که به رفتار مراجعین اجازه دهد تا جلسه را به تعویق بیندازد. به‌منظور ختم نمودن جلسه درمانی روانشناس باید واقعیت را تعیین نماید و با مراعات نمودن موارد ذیل از به تعویق انداختن ختم جلسه و کنترل مکرر توسط مراجعه کننده جلوگیری نماید:

- از چندین جلسه درمانی میان درمانگر و مراجعه کننده،
- از رابطه اجتماعی در جریان هر جلسه جلوگیری کنید،
- از نوشته‌های بیش از حد در جریان جلسه که شاید توجه مراجعین را منحرف نماید جلوگیری نمایید تا درمانگر از مراجعه کننده معلومات مهم را حاصل نماید،
- محرمانه را در جریان جلسات حفظ کنید،
- زمان را تعیین نمایید. (45 - 50 دقیقه برای هر جلسه)،
- یک جلسه بسیار کوتاه مدت شاید درمانگر را قادر نسازد که به اهداف برسد،
- یک جلسه دراز مدت شاید برای مراجعه کننده‌گان خسته کننده باشد.

3.6: انجام دادن گروپ درمانی:

تعریف:

عبارت از درمانی است که طی آن گروه یک فعالیت مشخص را در یک ساختار حلقوی اجراء نموده تا عمل متقابل میان اعضای گروه ایجاد شود، که منجر به تشویق و رشد توانایی‌ها و کنترل خودی می‌گردد.

هدف:

هدف آن اداره عکس‌العمل‌های رفتاری و عاطفی است که برای تغییر در یک فرد و در اعضای گروه در جریان جلسات کاری لازم می‌باشد. هر شخصی که از اختلالات روانی یا مشکل هیجانی رنج می‌برد.

معیارها:

- روانشناسان باید هر مراجعه کننده را قبل از پذیرفتن آنها در گروه مورد ارزیابی قرار دهد. حالت روانی، توانایی سهم‌گیری، و مستفید شدن از فعالیت گروهی هر مراجعه کننده که دخیل است باید معین گردد.
- محیط مناسب (اطاق گروه درمانی) را تهیه نماید،
- روانشناسان باید درمورد تقسیم اوقات فعالیت‌های هر مراجعه کننده و پابندی آنها به پروسه درمان معلومات داشته باشد،
- روانشناسان باید معیارهای انتخاب برای هر گروه (افسرده، خانم‌ها، گروه مضطرب و غیره) را تعیین کند،
- روانشناسان باید تشخیص روانشناختی هر مراجعه کننده را بدانند تا در گروه بندی مناسب مراجعه کننده درگروه که از آن بتواند مستفید شود استفاده گردد،
- رهبر گروه باید شایستگی و تجربه پیشبرد گروه را داشته باشد. این باید توسط دیپارتمنت روانشناسی انجام گردد،
- روانشناسان باید رهنمود گروه درمانی را مرور نمایند،
- روانشناسان باید روی ترس خود فکر و آن را کنترل نمایند،

- 6 - 8 مراجعه کننده را نظر به معیار انتخاب کرده و خود را معرفی کند،
- زمان و محل جلسات فعالیت درمانی را برای هر مراجعه کننده توضیح دهید،
- زمان، دوام و محل آغاز فعالیت را برای کارمند تشریح نمایید،
- در صورتی که ممکن باشد، از روانشناس دیگر برای اشتراک به صفت درمانگر همکار تقاضا نمایید،
- درمورد نقش درمانگر همکار، در جریان فعالیت بحث نمایید،
- به تعداد کافی چوکی‌های راحت را تهیه نمایید،
- رهبر گروه باید چوکی‌ها را قسمی ترتیب نمایند که اعضای گروه یکدیگرشان را ببینند در صورتی که قابل اجراء باشد.

تطبیق:

مرحله معرفی:

- مراجعه کننده‌گان منتخب را به محل آغاز جلسه جمع کنید،
- از مراجعین خواهش نمایید تا در یک ساختار بشکل دایروی بنشینند. و به آنها اجازه دهید تا یکدیگر را تسهیل کننده و بشکل مکمل دیده بتوانند،
- با تمام مراجعه کننده‌گان احوال پرسى نموده، خود و درمانگر همکار را معرفی نمایید، دلیل فعالیت را تشریح دهید، و از هریک از اعضای تیم خواهش نمایید تا خودشان را معرفی نمایند. این کار، احساس همدیگر پذیری و اینکه آنها بخش از گروه هستند را افزایش می‌دهد،
- با اعضای گروه کمک نمایید تا رئیس و سکرتر را از بین خودشان انتخاب نمایند. این کار احساس تهدید را کاهش داده و در هماهنگی فعالیت‌های گروهی کمک می‌کند،
- نورم ها / قوانین گروهی را تعیین و یک قرارداد کاری امضاء کنید،
- با گروهی کمک کنید تا تقسیم اوقات در رابطه با زمان و دوام جلسات را ایجاد نمایند،
- برای اعضای گروه کمک نمایید تا تعداد جلسات را تعیین نمایند،
- با اعضای جلسه کمک نمایید تا اهداف گروهی را تعیین نمایند. این در ارزیابی موثریت فعالیت‌ها در مرحله بعدی کمک می‌کند،
- علائم ایجاد همدیگر پذیری، احترام و اعتماد را مشاهده نماید. درمانگران باید این مسایل را دوباره با مراجعین ابلاغ نمایند،
- اعضای گروه را در جلسات رهنمائی نموده، و آنها را اجازه دهید تا هماهنگ به سرعت خود پیش روند. این کار گروه را کمک می‌کند تا متمرکز باقی بمانند، و در عین حال احساسات تهدید آمیز را کاهش می‌دهند،
- اندازه معین افشاء خودی را بکار ببرید.

مرحله کار:

- حدودی رضایت مشغول بودن اعضای گروه با یکدیگر، شواهد اعتماد و موفقیت مرحله کار را مشاهده نمایید،

- به منظور تغییر رفتار از فشار گروهی استفاده کنید.
- مراجعین در پاسخ به فشار گروهی نسبت به درمانگری انفرادی بیشتر می آموزند که رفتار خود را تغییر دهند،
- عمل متقابل میان اعضای گروه را ذریعه تفکر روی سوال های هر یک از اعضای گروه و دوباره پاسخ دادن به گروه به منظور بحث تسهیل ببخشید. این عمل بنام تسهیل انکشاف مهارت های حل مشکل یاد می شود،
- گرایش مثبت را به همکاری اعضاء، اگر چه همکاری شان نامربوط هم باشد، نشان دهید. این کار نشان دهنده احترام و تشویق است،
- نگرش مثبت را در برابر سهم گیری اعضای گروه نشان دهید، اگرچه ممکن آنها بی ربط به نظر برسند. این باعث ارائه احترام و تشویق می گردد،
- وظایف و نقش های مختلف را که اعضای گروه به خودشان و دیگر اعضاء گروه تعیین نموده اند تفسیر نمایید. این کار درمانگران را در درک وسیع هر عضو گروه کمک خواهد کرد، در آینده می تواند به منظور رشد اعتماد به نفس هر عضو گروه استفاده شود،
- تعیین نمائید که آیا هدف هر جلسه بر آورده شده است.

مرحله ختم:

- فرصت بیان احساسات جدا شدن از اعضای دیگر را برای اعضای گروه فراهم نمائید. این درمانگر را برای ارزیابی احساسات ازدست دادن، دوره برگشت و پلان کردن مداخلات مناسب قادر می سازد،
- اعضا را اجازه دهید در مورد دست آورده ها بحث نمایند. این امر در ارزیابی فعالیت درمانی کمک خواهد کرد،
- همراه با اعضای گروه، تاریخ و زمان جلسات بعدی گروه را تعیین نمائید،
- اعلام کنید که جلسه به پایان رسیده و جلسه را در وقت معین آن ختم نمائید،
- اعضای گروه را اجازه دهید تا بطرف فعالیت های مربوطه خویش بروند، و برای جلسه آینده آماده گی بگیرند،
- همراه با درمانگر همکار مشاهدات و تجارب جریان جلسه را بحث کنید،
- چوکی ها، قرطاسیه باب و اسناد گروهی را برای نگهداری مسئولان به جاهای آن برگردانید.

مرحله ارزیابی:

- توانایی اعضاء را در رابطه با خطاب کردن یکدیگر با نام هایشان ارزیابی نمائید. این امر قابلیت مراجعه کننده گان را در رابطه با ارائه احترام و ایجاد ارتباط بین افرادی نشان می دهد،
- قابلیت های اعضای گروه را برای افشای خودی ارزیابی کنید. این امر قابلیت مراجعه کننده را در رابطه با بیان تجارب و جستجوی کمک نشان می دهد،
- قابلیت ها هر عضو مراجعه کننده را در زمینه بحث روی مشکلات با اعضای گروه و ایجاد استراتژی های پلان شده

به منظور استفاده توسط آنها ارزیابی نمائید. ارزیابی این قابلیت‌ها موفقیت‌های را که در ایجاد مهارت‌های حل مشکلات و مهارت‌های مجادلوی بوجود آمده نشان می‌دهد،

- قابلیت‌های اعضای گروه را در اداره نمودن مثبت احساسات از دست دادن و جدایی ارزیابی نمائید،

اسناد سازی:

روانشناسان باید معلومات ذیل را ثبت نمایند: (گزارش بهبودی)

- نتیجه ارزیابی هر جلسه،
- اعضای گروه که به مشاهده دقیق و مراجعه به ماهرین دیگر صحت روانی ضرورت دارد،
- توصیه درمان انفرادی به عضو تیم که در پهلوی درمان گروهی به درمان انفرادی ضرورت دارد،
- دست آوردهای هر عضو گروه.

3.7: اسناد سازی:

معرفی

این رهنمود برای آموزش روانشناسان به منظور حفظ اسناد مسلکی طرح شده است. ماده 33 مقرر صحت روانی افغانستان بیان می‌دارد که، "دوسیه‌ها و اسناد مربوط اشخاص با اختلالات صحت روانی کاملاً محرم نگهداری شود." اما قبل از آن باید در شفاخانه صحت روانی بصورت مناسب اسناد سازی شود. ماهیت نگهداشت اسناد نظر به هدف، شفاخانه و نوع خدمات روانشناسی تغییر می‌کند.

حفظ مناسب اسناد مشخص درمورد پلان‌های تداوی، خدماتی که فراهم گردیده و بهبود مراجعه کننده در عین زمان به مراجعه کننده-گان و روانشناسان کمک می‌کند. حفظ اسناد مراجعه کننده گان را در حلاتی که فواصل زمانی طولانی بین ارتباط مراجعه کننده و روانشناس وجود داشته باشد و یا مراجعه کننده از سایر متخصصین خدمات روانشناختی دریافت نموده باشد کمک می‌کند. برای روانشناسان این امر از اهمیت خاص برخوردار است، تا اسناد بهتر داشته باشند زیرا آنها را در بررسی زمینه‌های کاری آنها چون پلان سازی، تطبیق و مناسب بودن خدمات آنها کمک می‌کند. در صورت بروز موضوعات حقوقی یا اخلاقی، حفظ مناسب اسناد، مراجعین و روانشناسان هر دو را محفوظ نگهداری می‌کند. روانشناسان باید همیشه تلاش نمایند تا خود را با نیازمندی‌های حقوقی و اخلاقی فعلی حفظ اسناد در محل کاری شان آشنا سازند. ممکن پالیسی‌ها و رهنمودهای حفظ اسناد در شفاخانه‌های مختلف به گونه‌های متفاوت باشند. این رهنمود کوشش می‌کند تا روانشناسان شفاخانه صحت روانی را در اسناد سازی موثر آموزش دهد. روانشناسان باید نقاط ذیل را هنگامی-که در شفاخانه کار می‌کنند در نظر داشته باشند:

1. روانشناسانی که در شفاخانه صحت روانی کار می‌کنند باید از پالیسی‌ها و رهنمودهای نگهداشت اسناد شفاخانه پیروی نمایند،
2. روانشناسان به طور عموم مسئول نگهداری مناسب و انتقال اسناد به بخش نگهداری اسناد طبی شفاخانه هستند،
3. روانشناسان مسئول اسناد سازی دقیق، رایج و ثبت مناسب خدمات روانی که به مراجعین فراهم گردیده است می‌باشد.

- این می‌تواند شامل معلومات درمود ماهیت، عرضه، بهبود و نتایج خدمات روانی باشد،
4. روانشناسان مسئول محرمیت اسناد و انتقال مسئول آن به بخش اسناد طبی شفاخانه هستند. (ماده 33 مقررۀ صحت روانی افغانستان)،
 5. روانشناسان باید نوعیت حفظ اسناد و موضوعات مربوط به محرمیت و پخش معلومات را به مراجعین بصورت واضح بیان نمایند،
 6. روانشناسان مسئولیت دارند تا در زمینه جلوگیری از صدمه، تخریب و دسترسی اشخاص غیر مسئول به اسناد حفظ شده اقدامات لازم را انجام دهند،
 7. هنگامی که چندین مراجعه کننده وجود داشته باشد مثلاً، گروه درمانی، فامیل درمانی، و خانم و شوهر، روانشناسان باید معلومات مراجعین را به منظور ارائه احترام و حفظ محرمیت معلومات هر دو جانب بسیار به احتیاط ثبت نماید.

مصاحبه انگیزش دهی

یک پیشرفت نسبتاً جدید در ساحه تداوی معتادین بوده، مصاحبه انگیزش‌دهی یک شیوه فرد محور، رهنمودی، و تداوی تساوی گرایانه روشن به منظور تقویت مکالمه بین درمانگر و مراجعه کننده می‌باشد. مصاحبه انگیزش‌دهی بصورت فعال شامل: رابطه مشترک بوده که بالای انتخاب موثریت خودی و مسئولیت کامل تعیین اهداف بواسطه خود مصرف‌کننده تأکید می‌کند.

مصاحبه انگیزش‌دهی به قسم قوی داری منشاء مودل تغییر فراتیوریکی می‌باشد، که توسط Prochaska and DiClemente پیشنهاد شده. در مودل فراتیوری افراد در رابطه با تغییر 6 مرحله را سپری می‌نمایند که بشمول: مرحله قبل از تفکر، تفکر، تصمیم‌گیری، اقدام، ادامه و برگشت می‌باشند. بطور مثال، فردی در مرحله قبل از تفکر قسمی توصیف می‌شود که به تغییر فکر نمی‌کند. از طرف دیگر، شخص در مرحله اقدام در تلاش کاهش استفاده الکول یا مواد مخدر می‌باشد. در این مرحله است که ناسازگاری تداوی بین مراجعین و عرضه کننده‌گان مراقبت به وجود می‌آید.

فراهم کننده‌گان مراقبت صحتی اکثراً در حالت "عمل گرای" می‌باشد. در حالی که مراجعین وارد تداوی می‌شوند. اکثراً، درمورد تغییر فکر می‌کنند. و یا بیشتر، در مرحله قبل از تفکر می‌باشند. نتیجه این نوع ناسازگاری در تمام سناریوها بسیار معمول منعکس می‌گردد، که در آن مراقبت‌کننده صحتی برای تغییر بالای مصرف‌کننده تأکید می‌کند، مثل این‌که وی در مرحله اقدام

باشد. در حقیقت، مراجعه کننده ممکن دارای دو سوگرایی قابل توجه به ایجاد تغییر باشد (As Miller and Rollnick (1991; in press ارائه می‌دارند که این نوع روش وادارکننده، فراهم‌کننده تداوی طبی سبب می‌شود تا مراجعه‌کننده درحالت دفاعی قرار گرفته و ممکن بیشتر متردد شود. این نوع نتایج به پروسه درمانی غیرموثر بوده و برای همه کارمندان مایوس کننده می‌باشد. شکل 1 توضیحات را در مورد مراحل مدل تغییر ارائه می‌کند.

مصاحبه انگیزش‌دهی بر اساس 4 اصول بنیادی که به‌منظور جلوگیری از وادار کردن مراجعه‌کننده طرح گردیده استوار می‌باشد، و زمانی رخ می‌دهد که فراهم‌کننده‌گان عمل‌گرا با ارجاع‌کننده در مرحله تفکر در مورد تغییر هستند مواجه شوند.

این 4 اصل انگیزش‌دهی عبارت‌اند از:

1. اظهار همدلی 2. ایجاد تفاوت 3. اداره مقاومت 4. حمایت موثریت خودی.

با استفاده از این اصول مصاحبه انگیزش‌دهی یک پاسخ متمرکز را برای دوسوگرایی در مراحل اساسی تفکر و تصمیم‌گیری ارائه می‌دارد که همچنان ممکن از برگشت دوسوگرایی در طول پروسه تغییر جلوگیری کند. با بیان نمودن این به یک طرز مودبانه و همدلانه فراهم‌کننده اعتماد دوجانبه را آسان می‌سازد. با اختیار نمودن روش همکاری، حساس مرحله فراهم‌کننده مقاومت مراجعه‌کننده را کمتر می‌سازد و ممکن سبب تحریک مکالمه واضح و صادقانه شود. بصورت اساسی بنظر می‌رسد که، تفاوت‌های جنسیت، نژاد و حالت اقتصادی اجتماعی نتایج مطالعات مصاحبه انگیزش‌دهی را متاثر نمی‌سازد (Brown & Miller, 1993; MillerBenefield, & Tonigan, 1993; Miller, Sovereign, & Kregge, 1988; (Smith, Heckemeyer, Kratt, & Mason, 1997

مصاحبه انگیزش‌دهی می‌تواند مثل مداخلات کلینکی برای اکثریت مراجعین استفاده گردد.

در حقیقت مصاحبه انگیزش‌دهی چیست؟

مصاحبه انگیزش‌دهی عبارت است از مکالمه کلینکی که می‌توان آن-را به‌منظور پاسخ‌دهی دوسوگرایی مراجعین زمانی که واقع می‌گردد، استفاده کرد. در مقایسه با روش‌های که از مصاحبه انگیزش‌دهی

مشتق شده؛ مانند درمان افزایش انگیزه و مصاحبه انگیزش‌دهی خودش یک شیوه تغییر می‌باشد، که بالای 4 اصول اساسی که در فوق ذکر گردیده بود تکیه می‌کند. بنابراین مصاحبه انگیزش‌دهی بصورت روشن به این رهنمود محدود نمی‌باشد، بلکه به مداخلات مخصوص مختلف که در روش‌های کلینکی عمومی به‌منظور کاهش و برطرف نمودن دوسوگرایی مراجعه کننده استفاده می‌گردد اطلاق می‌گردد.

اظهار همدلی

مصاحبه انگیزش‌دهی، بیشتر براساس کار فرد محور "کارل لوگیر" می‌باشد. وی در روش خود بالای آگاهی مراجعین از افکار و توانایی‌های خود برای تلاش افزایش مهارت‌های: خود اعتمادی، خود کفایی و تصمیم گیری در مورد خودشان تمرکز نموده است. بنظر "کارل لوگیر" مراجعه‌کننده در مورد این‌که چگونه خود را تغییر دهد ماهر پنداشته می‌شود، و این پروسه را ذریعه استفاده سه درمانگر که شامل قبول کردن، داشتن نظر مثبت می‌باشد.

ذروی میزان اولیه

این حقیقت، که ذریعه یک تعداد مطالعات دریافت گردیده است که همدلی درمان‌گر یکی از معتبرترین پیشبین نتایج می‌باشد، که اهمیت کار "لوگیر" موجودیت یکی از قابل اعتبارترین فاکتور؛ از جمله تمام فاکتورهای عمومی در روان‌درمانی نشان می‌دهد.

(Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994; Lafferty, Beutler, & Crago, 1989; Truax & Carkhuff, 1967).

در محدوده مصاحبه انگیزش‌دهی همدلی دارای مفهوم واضح می‌باشد، نسبت به احساس همدردی در رابطه با تجارب مشابه یا حتی با موافقت مصرف کننده‌گان، همدلی مانند ذیل تعریف می‌گردد؛ "قابلیت فراهم‌کننده به انعکاس درست هر آن چیزی که مراجعه کننده می‌گوید می‌باشد. Moyers, 2000; p. 155" به‌منظور پاسخ درست همدلانه باید متخصص کلینکی بصورت فعال از مهارت گوش دادن استفاده کند.

ایجاد تفاوت

جزء دوم اصول مصاحبه انگیزش‌دهی ایجاد تفاوت می‌باشد. پروسه ایجاد تفاوت میان سوءاستفاده مواد و جوانب با ارزش‌تر دیگر زندگی فردی، به سیستم ارزش‌ها و عقاید مراجعه کننده ارتباط

صمیمی دارد. مخصوصاً، هدف آن دریافت آن جوانب و زندگی فرد می‌باشد، که مهم بوده و از شیوه زندگی فعلی متفاوت باشد. بطور مثال، مراجعه کننده‌ای ممکن بگوید به‌منظور کاهش استرس تلاش می‌کند تا در یک هفته چندین شب با دوستان خود الکل بنوشد. هرچندی که، در بیان قبلی همچنان اظهار نموده که چقدر از مطالعه برای اطفال خود در وقت خواب لذت می‌برد. در چنین نوع از حالت‌ها، درمان‌گر ممکن است انعکاس دوجانبه را پیشنهاد کند. مانند، "از یک طرف شما در رستوران به‌منظور نوشیدن الکل با دوستان خود تلاش می‌کنید، و بنظر می‌رسد که سپری نمودن وقت با اطفال تان هر شب برایتان مهم می‌باشد." در ایجاد تفاوت، برای فراهم‌کننده تداوی مهم است تا درک عمیقی از اهداف فوری و دراز مدت مراجعه کننده داشته باشد. علاوه بر این، همچنان دانستن سیستم ارزش برایشان مهم است. زمانی‌که فراهم‌کننده درک کافی این موضوعات را داشته باشد وی برای کمک نمودن با مصرف‌کننده متردد همراه با واضح ساختن توضیح اهداف مهم می‌تواند نقش اساسی را در تصمیم‌گیری درست داشته باشد.

اداره مقاومت

فراهم کننده تشویق می‌گردد نسبت به این‌که مقاومت مصرف کننده-گان را با مواجهه اداره نمایند که از انعکاس، به‌منظور کاهش مقاومت در صورتی‌که ممکن باشد استفاده نمایند. بطور مثال، مصرف کننده ممکن گزارش دهد که "من نمی‌فهمم که شوهر من چرا بسیار زیاد شکایت می‌کند من زمانی‌که خانه می‌روم فقط 6 بسته در شب می‌نوشم." که فراهم کننده ممکن جواب دهد، "برای شما، مصرف 6 بسته موضوع بزرگی نیست." علاوه براین، در این موارد اکثراً مراجعین به یکی از دلایل دوباره به تداوی فرستاده می‌شوند.

در چنین موارد، مراجعه کننده ممکن به طور واضح بگوید، "من ضرورت ندارم که اینجا باشم و خوش ندارم کسی من را مجبور سازد که به اینجا بیایم." درمانگر مصاحبه انگیزش‌دهی ممکن چنین جواب دهد، "من صدای شما را بلند و واضح می‌شنوم، که شما خوش نیستید در اینجا باشید، این چنین به نظر می‌رسد که اتلاف وقت شما می‌باشد."

در اداره مقاومت، مهم است تا به اظهار سرخوردگی مصرفکننده-گان و حتی اظهارات مسخره بدون مواجهه نمودن مستقیم به آنها گوش داده شود. این نوع روش نشان می‌دهد که فراهم‌کننده تداوی باید انعطاف‌پذیر بوده و به از دست دادن یک موضوع در مباحثه آماده باشند. مصاحبه‌کننده درک می‌کند که مقاومت معمولاً انرژی اساسی را که به‌منظور تلاش دریافت دلیل دوسوگرایی استفاده می-گردد را کاهش می‌دهد.

زمانی‌که مراجعین مقاوم، خشمناک بوده و یا سوال کنند، امکان مشغول باقی‌ماندن و بیشتر پذیرا بودن آنها در پروسه تداوی که آنها در حقیقت مفید دریافت نمودند بیشتر می‌سازد. آنها همیشه در هر حالت حق انتخاب این‌که چه چیزها را قبول کنند و نکنند را دارند.

حمایت موثریت خودی

آخرین اصول مصاحبه انگیزش‌دهی حمایت از موثریت خودی می‌باشد. موثریت خودی یک جنبه مهم انگیزش‌دهی می‌باشد، ثابت گردیده که با نتایج مثبت تداوی معتادین در ارتباط باشد (DiClemente, 1981; Solomon & Annis 1990).

مخصوصاً، فراهم کننده جهت تشویق مصرفکننده براساس توانای‌ها و منابع آنها به موضوع تغییر اشاره می‌کند. که این می‌توان به چندین شیوه انجام شود.

مشخصاً، روش بررسی موفقیت‌های گذشته مصرفکننده در ارتباط با کاهش و تغییر دادن روش مصرف سوال‌های مانند، "چه چیز موثر بوده؟" و، "چه چیز شما را در دفعه گذشته قادر به موفقیت ساخت؟" می‌تواند در تلاش‌ها بسیار مفید باشد تا توانایی‌ها و جنبه کلیدی موفقیت دریافت شود.

درس‌های را که مصرف کننده درباره شروع دوباره مواد مخدر از گذشته آموخته همچنان یک منبع بسیار موثر در دست مصاحبه کننده ماهر می‌باشد.

فراهم کننده‌گان می‌توانند تائید واقعی را زمانی‌که مصرف کننده‌گان موفقیت‌های خود را شریک می‌سازند، فراهم نمایند. بطور مثال، ممکن یک مصرف کننده اظهار نماید که یکمرتبه برای 6 ماه مقدار مصرف الکل خود را با کاهش زمانی را که با دوستان بعد از وظیفه در رستوران‌ت سپری می‌کرد به‌منظور اشتراک در تیم والیبال محدود نموده بود. در تائید واقعی

این موفقیت فراهم‌کننده ممکن این‌گونه پاسخ دهد، این بسیار عالی است که شما به این شکل قادر به کاهش مصرف الکول بوده-اید. اکثریت مردم آغاز نمودن فعالیت‌های جدید را در جای‌که اشخاص بیشتری را نمی‌شناسند مشکل دریافت می‌نمایند، اما بنظر می‌رسد که تمام این قسم کارها برای‌تان بسیار آسان باشد. "همچنان فراهم‌کننده‌گان ممکن اشاره مستقیم به موجودیت منابع شخصی را مفید دریافت نمایند با گفتن، شما اینجا مشخصه‌ی دارید که می‌تواند منجر به کامیابی شما گردد. این تلاش‌ها مهم است بخاطری‌که مراجعه‌کننده باید قبل از تلاش‌های قانونی به-منظور ایجاد تغییر قادر به تصور کردن نتایج مثبت شود.

طرزکار عمومی

زمانی‌که فراهم‌کننده تداوی به استفاده مصاحبه انگیزش‌دهی آغاز می‌کند باید، در اینجا 5 مهارت عمومی است که توسط اصول فوق رهنمایی گردیده که باید استفاده گردد. اینها شامل موارد ذیل می‌باشد:

1. پرسیدن سوالات باز،
2. گوش دادن انعکاسی،
3. تائید،
4. خلاصه نمودن دوره‌ای،
5. حصول اظهارات خود انگیزشی.

زمانی‌که مصرف‌کننده در ابتداء وارد تداوی می‌شود، این روش‌ها یک نقطه آغاز مفید را فراهم می‌نمایند.

مخصوصاً، زمانی‌که 4 مهارت اولی مربوط طرزکار کلینکی عمومی می‌باشد، آنها در تشکیل تهداب اساسی مهارت عمده 5 مصاحبه انگیزش‌دهی کمک می‌کنند. حصول اظهارات خود انگیزشی، بخاطر اهمیت آنها، ما هر یک را به نوبت بررسی می‌نمایم.

سوالات باز

سوالات باز یک بخش اساسی ایجاد ارتباط دوستانه با مصرف‌کننده می‌باشد. نسبت به پرسیدن سلسه سوالات که اکثراً منجر به جوابات کوتاه که دارای زمان کوتاه برای توضیحات می‌باشد را تشکیل می‌دهد. "همچنان بنام سوال و جواب" و/یا دام‌های "ماهر" معروف است: (Rollnick, 1991; in press), Miller &). فراهم‌کننده-گان تشویق می‌شوند تا سوال‌ها را قسمی بپرسند که مراجعه

کننده بیشتر صحبت کند و در حقیقت باید تشویق شوند تا بیشتر صحبت کنند. بعضی مثال‌ها، سوال‌های باز می‌تواند باشد." در مورد صحت دوام‌دار خود چه نگرانی‌های دارید، و به چی دلایلی شما مصرف را کاهش می‌دهید؟ "برخلاف سوالات بسته (درحالی‌که گاهی اوقات لازم است، اما معمولاً بیش از حد استفاده می‌شود) می‌تواند شامل اینها باشد. "آیا می‌خواهید که مصرف الکل خود را تغییر دهید" یا، "چند ساله بودید که برای بار اول به مصرف الکل آغاز نمودید؟" بصورت عمومی Miller & Rollnick پیشنهاد می‌نماید که بیشتر از سه سوال بسته با چندین سوال در یک مرتبه پرسیده نشود. با پرسیدن سوال‌های باز زمینه برای استفاده جوانب‌گوش دادن انعکاسی، تائید و خلاصه نمودن فراهم می‌گردد.

گوش‌دهی انعکاسی

گوش‌دهی انعکاسی یک مهارت بنیادی مصاحبه انگیزش‌دهی می‌باشد، و مخصوصاً به‌منظور اداره مقاومت یا رفتار تقابلی انگیزشی مفید می‌باشد. (MINT, 1998). حدود جملات انعکاسی می‌تواند از جمله ساده، "شما احساس خشم می‌کنید،" الی سوال مغلق." بصورت اساسی، هدف تمام جملات انعکاسی رساندن مفهوم است که هر چیزی را که استفاده کننده‌گان گفته است اخذ گردیده، و همچنان زمانی‌که توضیحات لازم باشد ممکن مفید باشد. بصورت مخصوص، سه نوع انعکاسات معمولاً در مصاحبه انگیزش‌دهی استفاده می‌شود. که آنها شامل انعکاسات ساده، پیچیده و دوجانبه می‌باشد. هر یکی از این انعکاسات می‌تواند برای مصرف‌کننده جهت ادامه دادن دریافت داخلی تجارب شان تشویق کننده باشد. تمام این انعکاسات در تشویق مراجعه کننده به ادامه دادن بررسی داخلی تجربه خویش مفید بوده می‌تواند. انعکاسات ساده در تائید افکار، احساسات و حالت مصرف‌کننده به یک شیوه بی‌طرفانه مورد استفاده قرار می‌گیرد که دریافت‌های بیشتر را تسهیل نماید، می‌باشد. انعکاسات وسیع در کاهش شدت ایستادن به نظریات خود با مصرف‌کننده کمک می‌کند تا فرد بیشتر در مورد طرف دیگر دوسوگرایی بحث کند. انعکاسات دوجانبه هردو جانب دوسوگرایی را دربر دارد و مخصوصاً در مورد ایجاد اختلاف مفید می‌باشد.

بیاید که یک دقیقه را به منظور فکر کردن در مورد مثال فرضی مصرفکننده بنام Joe P مصرف نمایم.

Joe یک شوهر 34 ساله و پدر دو پسر جوان می‌باشد، وی بعد از رانندگی تحت تاثیر الکول، لایسنس وی ضبط گردیده، وی یک فروشنده است، و اوقات بیشتر خود را در سرک سپری می‌کند فعلاً، حق رانندگی را تا زمانی که برنامه تخطی مرتبه اول را تکمیل ننماید ندارد، چگونه ممکن یک فراهم کننده تداوی با استفاده مصاحبه انگیزش‌دهی در مورد دوسوگرایی Joe راجع به اخذ تداوی پاسخ داد؟ با استفاده از مثال‌های پاسخ‌ها هر سه روش انعکاسی ما بعضی انتخاب‌ها توضیح خواهیم داد. هنگامی که شما مثال‌ها را مطالعه می‌نمائید، در مورد پاسخ‌های دیگر که شما می‌توانید در هر بخش استفاده کنید فکر کنید.

Joe: من باور نمی‌کنم که در تخطی بار اول برایم دستور تداوی داده شده است. این کار وقتگیر است تا من لایسنس رانندگی خود را دوباره بدست آورم. شما فکر می‌کنید که این یک کار مهم برای سیستم قانونی می‌باشد.

فراهم‌کننده (انعکاس ساده): قبول نمودن این که شما چرا اینجا هستید برایتان دشوار است.

Joe: دقیقاً. منظور من این است، من را غلط درک نکنید، من می‌فهمم که رانندگی کردن تحت تاثیر الکول مشکل بزرگی است، اما به نظر من کمی غیر ضروری می‌باشد. با اداره مقاومت و ارائه انعکاس ساده فراهم کننده اجازه می‌دهد تا مصرفکننده بداند که با ناکامی وی گوش داده شده است و زمینه را برای دریافتهای بیشتر فراهم می‌نماید. بیاید به انعکاس در عین مثال‌ها وسیع نگاه کنیم.

Joe: من باور نمی‌کنم که در تخطی بار اول برایم دستور تداوی داده شده است. این کار وقتگیر است تا من لایسنس رانندگی خود را دوباره بدست آورم. شما فکر می‌کنید که این یک کار مهم برای سیستم قانونی می‌باشد.

فراهم کننده (انعکاس وسیع): شما فکر نمی‌کنید که سیستم قانونی به اداره این مسایل کدام ربط داشته باشد.

Joe: خوب، دقیقاً نه، من فکر می‌کنم که دستور تداوی برای تخطی بار اول کمی زیادتر است. با اعتراض نمودن به سیستم قانون مبالغه کرد، Joe توقف می‌کند و حالا مرحله است که جانب دیگر دوسوگرایی را تأیید کند. در اخیر، ما یک مثال را در مورد انعکاس دوجانبه توضیح می‌دهیم.

Joe: من باور نمی‌کنم که در تخطی بار اول برایم دستور تداوی داده شده است. این کار وقتگیر است تا من لایسنس

رانندگی خود را دوباره بدست آورم. شما فکر می‌کنید که این یک کار مهم برای سیستم قانونی می‌باشد.

فراهم کننده (انعکاس دوجانبه): از یکطرف شما بسیار خوش نیستید که اینجا هستید اما از طرف دیگر ممکن در محافظه ضبط لاینس تان فایده خوبی داشته باشد.

Joe: من حدس می‌زنم، که این درست می‌باشد. این کار مشکلی است که این را در برنامه کاری خود بگنجانم. اما این بدترخواهد بود که لایسنس ضبط باشد. ممکن این کمتر بد باشد.

با ارائه نمودن تائید واقعیت که Joe به تداوی جبری خوش نیست. اما به تعقیب آن چیزی را که می‌خواهد از اشتراک در تداوی بدست آورد. فراهم کننده هر دوجانب دوسوگرایی Joe را توضیح داده است. در نتیجه، Joe در یک حالت می‌باشد که موضوع را از یک جنبه دیدگاه وسیع بررسی نماید.

این مثال‌ها روش‌های استفاده انعکاس را برای برطرف نمودن مقاومت توضیح نموده و انکشاف ساحه مربوطه را آغاز می‌کند، مهم است تا بخاطر داشته باشید که در تمام انعکاسات به حمایت واضح ضرورت دارد و باید گوش‌دهی موثر و همدلی درست را ارائه کنید. یک لهجه مسخره و غیرصمیمی باعث از بین رفتن انعکاس گردیده در طبیعت مصاحبه انگیزش‌دهی نمی‌باشد.

تائید

تائید توانایی‌ها منابع مصرف‌کننده بصورت عموم دارای مفهوم کلینکی خوب می‌باشد و باید اکثراً در محدوده تداوی واقع گردد. پروسه تائید مصرف‌کننده نسبتاً یک پروسه واضح می‌باشد. تائید علاوه بر مهارت‌های انعکاسی درست، توصیف مصرف‌کننده را بشکل تعریف و اظهارات قدردانی را که در ایجاد و حفظ ارتباط تداوی کمک می‌کند فراهم می‌سازد. نسبت به این‌که در مورد طبیعت تائیدکننده مصاحبه انگیزش‌دهی اضافه‌گویی کنیم، تائید مستقیم یک شکل واحد حمایت را فراهم نموده و می‌تواند یک نقش کلیدی را در پروسه دریافت موفقیت‌های گذشته مثل این‌که در رابطه با موثریت خود مورد بحث قرار گرفت بازی کند. به طبیعت گذشته مصاحبه انگیزش‌دهی یک شکل مخصوص حمایت را فراهم نموده و در پروسه دریافت موفقیت‌های گذشته در مورد موضوعات موثریت خودی قسمی‌که بحث گردید نقش کلیدی

دارد. اظهارات تائید کننده می‌تواند به اشکال مختلف باشد. در اینجا چندین مثال آنها موجود است، "بنظر می‌رسد که شما واقعاً بیشتر مغلوب گردیده‌اید، شما حتماً یک شخص با استعداد هستید" یا، موضوع ساده مانند "از حضورتان در جلسه امروزی باوجود همه مصروفیتان واقعاً قدردانی می‌کنم." بالاخره، تائید واقعی طرز کار کلینکی درست را نشان می‌دهد. مخصوصاً، مشخصاتی که در پروسسه بهبودی کمک می‌کند.

خلاصه کردن

خلاصه‌ها در محدوده انگیزش‌دهی در جمع آوری نقاط مختلف معلومات به سه هدف مخصوص بشمول جمع آوری معلومات، ارتباط دادن معلومات که در زمان‌های مختلف ارائه گردیده است به منظور تلاش این‌که مصرف کننده بالای آن فکر کند و نشان دادن تغییرات در معلومات کمک می‌کند.

بصورت اساسی خلاصه به مصرف کننده مفهوم را می‌رساند که نه تنها به سخنان آنها گوش داده شده است بلکه همچنان دریافت بیشتر موضوعاتی را که روی بحث قرار دارد بهبود می‌بخشد. بالاخره خلاصه اکثراً با سوالات باز یا انعکاسات خاتمه می‌یابد که مصرف کننده را به ارائه توضیحات بیشتر تشویق می‌کند. یک مثال خلاصه ارتباطی مانند ذیل می‌باشد،

از شنیدن چیزی را که شما بیان نمودید، که شما در مورد دو جهت متفاوت دوسوگرایی دارید شدیداً متاثر شدم؛ از یک طرف مصرف الکول بعد از آوردن به اتاق عاجل و اخذ تداوی بعد از تخطی رانندگی شما را پریشان می‌کند، شما واقعاً آگاه شدید که ممکن کشته می‌شدید و در حقیقت یک شخص دیگر را قبلاً زخمی نموده‌اید. علاوه بر این، شما ذکر نمودید که مثریت کار شما متاثر گردیده و شما پریشان هستید، که ممکن وظیفه تان را از دست دهید. در عین زمان درحالی‌که نوشیدن الکول نقش مهمی را در زندگی اجتماعی و مجادله با استرس روزانه شما بازی نموده است. شما واضحاً در این مورد نگران هستید. شما احساس می‌کنید که بین یک سنگ در جای سخت قرار دارید.

در این مثال، خلاصه معلومات نقاط مختلف را که ممکن در طی چندین جلسه واقع گردیده باشد باهم ارتباط می‌دهد. به علاوه در خلاصه هر دو انعکاس دو جانبه و انعکاس وسیع استفاده می‌گردد، که به انعکاس وسیع خاتمه یافته و از حدود انعکاس ساده با اشاره نمودن به یک حالت عمیق، غیر اظهار شده که ممکن مصرف کننده در پاسخ نشان دهد خارج می‌شود.

خلاصه نمودن، همچنان یک فرصت را برای مصرف‌کننده فراهم می‌سازد تا معلوماتی را که فراهم کننده به قسم غلط دریافت کرده است را اصلاح نماید. زمانی‌که فراهم‌کننده در استفاده سوال‌های باز تائید، گوش دادن انعکاسی و خلاصه نمودن ماهر گردید زمینه را برای حصول اظهارات خود انگیزشی فراهم می‌شود.

حصول اظهارات خود انگیزشی

فراهم کننده‌گان معمولاً فکر می‌کنند که این وظیفه آنها است تا با مردم در مورد به وجود آوردن تغییر صحبت کنند. هدف اظهارات خود انگیزشی این می‌باشد که مصرف‌کننده‌گان خودشان طرفدار بوجود آوردن این نوع تغییر شوند. بعد از وجود این همه اشخاص، اکثراً زمانی تغییر بوجود می‌آورند که در مورد خودشان بحث کنند. بنابراین استفاده از حصول اظهارات خود انگیزشی کلید طرزکار موفق مصاحبه انگیزش‌دهی می‌باشد.

تمرین تصمیم متوازن یک طرزالعمل عمومی می‌باشد که اکثراً بشکل یک روش تائید دوسوگرایی زمانی‌که تغییر مدنظر باشد استفاده می‌شود، زمینه را برای صحبت کردن مساعد می‌سازد. مشق توازن تصمیم "خوبی‌ها" "اضرار" مصرف الکول را مقایسه می‌کند (Miller & Rollnick, 1991). با تائید نمودن این‌که بعضی چیزهای است که فرد در مورد مصرف الکول دوست دارد (خوبی‌ها) که تفکر و دریافت نتایج مصرف الکول را برایشان آسان می‌سازد.

هدف توازن تصمیم این است تا مصرف‌کننده فواید را در مقابل نواقص استفاده الکول مقایسه کند. مهم است تا فراهم‌کننده تداوی مشق توازن تصمیم را اول با تأکید روی فواید نوشیدن الکول حالت فعلی آغاز کند. با بحث نمودن فواید نوشیدن الکول فراهم کننده بیشتر نواقص الکول را از مراجعه کننده حاصل می‌نماید. در نتیجه حالا مراجعه کننده در حالت بحث خلاف مصرف الکول به عوض فراهم کننده می‌باشد. در هنگام مشق فراهم کننده می‌تواند هر دو نواقص و فواید را بشکل پهلو به پهلو بنویسد زمانی‌که تکمیل گردید مقایسه دیدنی را به مصرف کننده پیشنهاد نماید. اکثراً مصرف کننده گان یک لست را که در برگیرنده اضرار بیشتر نسبت به فواید باشد ایجاد می‌کند این یک زمان مفید برای حصول اظهار خود انگیزشی از مصرف‌کننده به-

منظور تغییر می‌باشد. در صورتی‌که نواقص مصرف الکل زیاد باشد، به نظر می‌رسد که مصرف‌کننده درمورد مصرف الکل و این-که چگونه استفاده از الکل می‌تواند در اهداف مهم دیگر مداخله نماید قادر به طرح تفاوت‌های خود نمی‌باشد، این یک زمان خوب برای مصاحبه‌کننده می‌باشد تا چیزی‌که در مورد ارزش-های مصرف‌کننده در تلاش ایجاد تفاوت‌ها آموخته استفاده کند.

نقش بازخورد شخصی

به‌علاوه توضیح ارزش‌ها و مشق توازن تصمیم، یک وسیله مفید دیگر بازخورد شخصی می‌باشد که در نتیجه آزمایشات عینی و اقدامات که مربوط به مصرف الکل است بوجود می‌آید. در حالی-که این مهم است که فراهم کننده‌گان این معلومات را به‌منظور مواجهه نمودن لفظی با مصرف کننده‌گان استفاده نکنند. به‌جای آن اجازه دهید که اطلاعات خودش مواجهه کند. بازخورد یک بخش اساسی درمان افزایش انگیزه را تشکیل می‌دهد، که مداخله مختصر کلینکی می‌باشد (3-5 جلسه) که مخصوصاً بالای قانون دوم مصاحبه انگیزش دهی یعنی ایجاد تفاوت‌ها متمرکز می‌باشد. با مصرف‌کننده در ایجاد تفاوت‌ها میان اضرار درک شده (اگر موجود باشد) و حقیقی که با سوءاستفاده مواد همراه می‌باشد کمک می-کند یک وسیله قوی در پروسه حصول اظهار خود انگیزشی برای تغییر می‌باشد. از سه جزء ترکیب شده بشمول، بازخورد، مشق توازن تصمیم و ایجاد پلان تغییر، درمان افزایش انگیزه در تسهیل و حمایت ارزیابی مصرف کننده‌گان در دو ساحه اساسی کمک می‌کند. اول، با استفاده از شیوه بازخورد بر اساس اطلاعات که هنگام ارزیابی حصول گردیده است، درجه‌ی که زندگی مصرف‌کننده را بصورت مثبت و منفی متاثر نموده، و در رابطه با اطلاعات استاندارد ارزیابی می‌گردد. دوم، با توجه نمودن به نواقص و فواید که با تغییر همراه می‌باشد و این‌که تغییر چگونه زندگی روزانه را تغییر خواهد داد، مصرف کننده را قادر به تصمیم-گیری در مورد استفاده دوادم‌دار الکل و مواد مخدر خود می-نماید.

در حالی‌که حدود ارزیابی ممکن بصورت وسیع متفاوت باشد، در اینجا چندین نوع بصورت عمومی به‌منظور بازخورد جلسه ارائه گردیده. این می‌تواند شامل¹) معلومات در مورد مصرف مواد

بشمول مقدار مواد که معمولاً در یک هفته داده شده مصرف گردیده است و درجه استفاده مصرف کننده‌گان تناسب با همه افراد بالغ آمریکایی جنس مشابه (2) درجه مسمومیت بشمول غلظت بلند الکول در خون برای هفته مشخص شده و استفاده بیشتر الکول یا مواد مخدر (3) فاکتورهای مختلف خطر بشمول درجه تحمل، استفاده مواد دیگر، خطر فامیلی دیگر (براساس ارثیت)، و سن آغاز مصرف الکول (4) نتایج منفی و (5) و اقدامات فیزیولوژیکی مانند: SGOT, GGTP, SGPT, Uric Acid و بلوروبین.

منبع برای یکتعداد انتخابهای ارزیابی مربوط به این نوع معلومات با تفصیلات بیشتر درمورد طرزکار MET درمان افزایش انگیزه می‌تواند در بخش منابع دریافت گردد.

توجه و محدودیتها

در حالی‌که موثریت مصاحبه انگیزش‌دهی بصورت وسیع در یکتعداد اشخاص مختلف مطالعه گردیده است و دریافت گردید که یکی از قابل اطمینان‌ترین روش تداوی معتادین می‌باشد (Burke, Arkowitz, & Dunn, in press; Noonan & Moyers, 1997). در اینجا بعضی محدودیت‌های قابل تطبیق موجود است که باید در نظر گرفته شود. مصاحبه اول انگیزش‌دهی باید معالجه مکمل معتادین پنداشته نشود. بعوض آن، مصاحبه انگیزش‌دهی پاسخ متمرکز به دوسوگرایی را ارائه می‌دارد و ممکن استراتیژی ابتدایی که نسبتاً دارای مصرف کم می‌باشد. چون هدف اساسی مصاحبه انگیزش‌دهی کمک کردن با مصرف کننده‌گان در جوانب دوسوگرایی آنها می‌باشد. استفاده چندین روش ممکن سبب جلوگیری یا ناکامی پروسه تغییر مصرف کننده که قبلاً تشویق شده و آماده است که بصورت فعال در پروسه تغییر اشتراک کند می‌گردد.

دراین حالتها نقش مصاحبه انگیزش‌دهی بصورت ساده اداره دوسوگرایی در صورتی‌که واقع می‌گردد می‌باشد.

از جانب دیگر، مصاحبه انگیزش‌دهی یک مهارت یاد گرفتنی حتمی بوده، همه اشخاص که در تلاش کسب این مهارتها هستند موفق نمی‌شوند. مانند اکثریت مداخلات کلینکی دیگر در اینجا ممکن اختلاف نظر شخصی در مورد این روش موجود باشد. (Moyers & Yahne, 1998) بعضی فراهم کننده‌گان ممکن احساس کند که مصاحبه انگیزش‌دهی سبب افزایش انکار مصرف کننده می‌گردد، برای این‌که حصول

نتایج وقت زیادی را در بر می‌گیرد، یا سبب دوام مصرف الکول می‌شود

فراهم کننده که به‌منظور مواجهه با انکار و مقاومت سوءاستفاده کننده‌گان مواد اختصاص داده شده‌اند ممکن برای شیوه کلینکی خود مصاحبه انگیزش‌دهی را خوب "مناسب" دریافت نمایند.

بلاخره، این رهنمود برای منفعت فراهم کننده‌گان تداوی به-منظور یک مرور عمومی استفاده مصاحبه انگیزش‌دهی ایجاد گردیده است. به این شکل، یک معرفی بسیار ابتدایی را در ساحه بیشتر پیچیده فراهم می‌سازد.

حصول مهارت‌های کافی انگیزش‌دهی، ممکن به ماهرین بیشتر مراقبت صحت ضرورت داشته باشد، تا مرور پر تلاش بیشتر متن را انجام دهند. ما آموزش‌های رسمی را ذریعه منابع مانند جلسات آموزش فیلم ویدیوی، سیمنارها؛ بصورت زنده، و یا نظارت از یک منبع رسمی را پیشنهاد می‌نمایم. منبع، برای بعضی از این منابع، در بخش منابع فراهم گردیده.

خلاصه

مصاحبه انگیزش‌دهی یک روش متمرکز شده می‌باشد، که به‌منظور تداوی رفتار معتادین آغاز گردیده است. حالا به‌منظور اداره موضوعات عمومی پروسه تغییر وسعت داده شده است. تحقیق نشان می‌دهد که مصاحبه انگیزش‌دهی زمانی‌که قبل از تداوی‌های دیگر استفاده شود ممکن در افزایش پی‌آمدهای مراجعین کمک کند (Brown & Miller, 1993). و این همچنان ثابت گردیده که بشکل مداخله مختصر بصورت تنهایی موثر باشد.

اکثر فراهم کننده‌گان با عمل‌گرا بودن خود را کمک‌کننده نشان می‌دهند و درحالی‌که مصرف کننده‌گان اکثراً درمورد تغییر فکر می‌کنند. بنابراین مصاحبه انگیزش‌دهی یک حدود شایستگی علاوه شده را نشان می‌دهد، که درمان کننده‌گان را اجازه می‌دهد تا به بیشتر مصرف کننده‌گان موثر باشد. با افزایش مراقبت دوام-دار معتادین مصاحبه انگیزش‌دهی یک انتخاب مهم را برای آن‌عه مصرف کننده‌گان که به پروسه تغییر تعهد نکردند با استفاده روش همدلانه، مساوی‌گرایانه که سبب تقویت موثریت خودی می‌شود فراهم می‌نماید.

در حالی که مصاحبه انگیزش‌دهی ممکن ساختار اساسی را به‌منظور کنترل انگیزه برای تغییر مصرف الکل و مواد مخدر فراهم نماید. این همچنان ممکن مهم باشد تا مصرف‌کنندگان را کمک نماید. زمانی که یکبار به تغییر تشویق شود، مهارت‌های مخصوص را به‌منظور تغییر استفاده مواد ایشان ایجاد نماید.

رهنمود دیپارتمنت مددکاری اجتماعی

معرفی

از اوایل قرن بیستم، مددکاران اجتماعی در بخش‌های مراقب‌های صحت دخیل بودند. اصلاً، تمرکز مددکاری اجتماعی تأمین خدمات مساویانه صحت برای مردم فقیر و رشد وضعیت‌های اجتماعی به‌منظور جلوگیری از هر نوع امراض عفونی بود. اما در این روزها، مددکاری اجتماعی در عرصه‌های دیگر صحت ملحق شده‌اند و عرصه‌های کاری خود را در تمام زمینه‌های صحت مانند کلینیک‌ها، شفاخانه‌ها و غیره توسعه داده‌اند. قابل ذکر است که در بعضی اوقات، در تاریخ مسلک مددکاری اجتماعی، از بیشترین امکانات صحت نظر به کمبود بودجه و مهمتر از آن کمبود فهم در مورد نقش حیاتی این مسلک در تهیه خدمات صحت از بین برده شده بود. اما از طریق تهیه خدمات تشخیص داده شده در چندین زمینه مواظبت صحت مانند توانبخشی، ختم مواظبت زندگی، مداخله بحران‌ها، اخلاق و چندین زمینه دیگر، کار اجتماعی شناخت خود را بدست آورد و موفق شد که شناخت خود را گسترش دهد، امروز کار اجتماعی محتوای جدانشدنی خدمات صحت است. تحقیق، توسعه رهنمودها و معیارها در کار اجتماعی نه تنها برای فامیل‌ها و اشخاص انفرادی اما در وجود خودش، موثر و برای اعتبار مسلک مفاد دارد. معیارها و رهنمودها رهنمایی‌های را برای مددکاران اجتماعی، کسانی که در زمینه‌های مراقبت صحت کار می‌کنند، پیشکش می‌دارد. به این دلیل است که معیارها و رهنمودها تهیه، رشد و نظر به معیارسازی و افزایش کیفیت خدمات تطبیق شده‌اند.

اصول‌های مددکاری اجتماعی

تهداب و اساس ارزش‌های مددکاری اجتماعی احترام به حقوق اشخاص برای معین کردن خود و داشتن حالت یکدلی بطرف آنها است. هنگامی که مراجعه‌کنندگان یا فامیل‌های آنها به وضعیت‌های دشواری روبرو می‌شوند یا ضرورت به مراقبت صحت دارند، مددکاران اجتماعی ارزش‌های همانندی را بخاطر کمک آنها در تصمیم‌گیری بکار می‌برند.

برعلاوه، آگاهی فرهنگی و شایستگی اساس دیگر کار مددکاران اجتماعی است. مددکاران اجتماعی اشخاص محترم، جوابگو و با داشتن ارزش‌های مثبت، مردم با وقار از تمام فرهنگ‌ها، زبان‌ها، طبقه، نژادها، ادیان، مذاهب و جنس هستند. هنگامی که به ضروریات صحت اشخاص جواب می‌گویند، مددکاران اجتماعی همیشه

تمام عوامل موجود در محیط انفرادی که مراقبت صحتی را در کل تحت تاثیر قرار می‌دهند در نظر می‌گیرند. عموماً، اساسات مسلک مددکاری اجتماعی تهیه به وقت مراقبت صحتی جامع و مساویانه برای اشخاصی که دسترسی کمی به خدمات صحتی، که نظر به دلایل مختلف دارند، است. پیشرفت در تکنالوژی طبی و افزایش کیفیت زندگی در تهیه خدمات صحتی موثر بوده، اما در عین وقت قیمت این نوع خدمات را بالا می‌برد. این یک دلیل عمده برای افزایش اهمیت نقش مددکاران اجتماعی در سیستم صحتی امروزی است. مددکاران اجتماعی انواع زمینه‌های مراقبت صحتی مانند؛ صحت عامه، اعتیاد و بازسازی، زمینه‌های مضمّن و حاد و غیره دخیل‌اند. و خدماتی مانند تعلیم صحتی، مداخله بحران، مشورت دهی حمایتی و ایجاد انگیزه و غیره را فراهم می‌کنند.

هدف رهنمود:

هدف این رهنمود ایجاد معیار برای مددکاران اجتماعی شفاخانه صحت روانی کابل و مرکز معالجوی معتادین جنگلک است. همچنان، این رهنمود در تهیه معیار و خدمات با کیفیت عالی مددکاری اجتماعی در توانمندسازی مراجعه کننده‌گان دیپارتمنت‌های داخل بستر و سراپا کمک خواهد کرد.

این رهنمود برای هر نوع پیشنهادات و نظریات از جانب هر متخصص صحت روانی مربوط به تخصص شان مانند: روانشناسان، مشورت دهنده‌گان، روانپزشکان، شغل درمانان و دیگر ماهرین که در زمینه صحت روانی در افغانستان کار می‌کنند باز است. این رهنمود همچنان به صفت اساس برای معیارها و رهنمودهای بعدی که دیپارتمنت صحت روانی وزارت صحت عامه که شاید برای بکار بردن به سطح ملی تهیه می‌دارد استفاده شده می‌تواند.

مخاطبین مورد هدف:

گروه ابتدایی استفاده کننده این رهنمود، مددکاران اجتماعی در شفاخانه صحت روانی کابل و مرکز معالجوی معتادین جنگلک هستند. مستفید شوندگان ابتدایی این رهنمود مراجع کنندگان که از این دو مرکز بازدید می‌کنند هستند.

تعاریف:

چشم انداز معنوی- بیولوژیکی فیزیکی اجتماعی: مددکاران اجتماعی سیستمی مواظبت صحتی را که از چندین جنبه یک شخص در تساوی خدمات صحتی می‌آید بکار می‌برند. این جنبه‌ها، جنبه فیزیکی و میانی (زیستی)، جنبه‌های روانشناختی و حساسیتی (روانی)، جنبه‌های اجتماعی فرهنگی، اجتماعی سیاسی و اجتماعی اقتصادی (اجتماعی) و طریقه‌های را که مردم معنی را در زنده-گی خود می‌ابند (معنوی) هستند.

مدیریت قضیه:

مدیریت قضیه یک پروسه همکاری است که مددکاران اجتماعی ارزیابی، پلان گذاری و در تسهیل کردن انتخابها و خدمات صحتی نظر به جوابگویی موثر به نیازهای اشخاص سهولت ایجاد می-کنند. گاهی اوقات شاید شامل تنظیم، ترتیب، نظارت، ارزیابی

و مشورت کردن از طرف مراجعه کننده زمانی کی چندین خدمت صحتی را ضرورت دارند، باشند.

مراجعه کننده / مریض:

هر دوی این اصطلاح به شخص انفرادی که مراقبت را بدست می‌آورد و یا هم فراهم آورنده مراقبت صحتی راجع می‌شود. می‌توانند به اساس تغییر و تبدیل در محیطی که مددکاران اجتماعی دخیل هستند استفاده شوند. در شفاخانه صحت روانی کابل و مرکز معالجوی معتادین جنگلک، اصطلاح "مریض" بطور وسیع راجع به اشخاصی می‌شود که جلسات درمانی را در معامله به اختلالات روانی و مشکلات معتادی بدست می‌آورند.

استمرار مراقبت:

مددکاران اجتماعی اطمینان حاصل کنند که مراقبت صحتی برای اشخاص انفرادی با اداره (شفاخانه صحت روانی کابل و مرکز معالجوی معتادین جنگلک) برای افزایش مفاد مریض و کاهش تکرار خدمات هماهنگ شده است.

محیط‌های مراقبت صحتی:

محیط‌های مراقبت صحتی معمولاً به جاهای که در آن معالجه فیزیکی، روانی، حساسیتی و آرامش اجتماعی شخص می‌شود راجع می‌گردد. در این سند، محیط مراقبت صحتی به شفاخانه صحت روانی کابل و مرکز معالجوی معتادین جنگلک راجع می‌شود.

رهنمودهای برای مددکاری اجتماعی:

1- اخلاق و ارزش‌ها

مددکاران اجتماعی باید دانش مددکاری اجتماعی و کارکرد در حدود تخصص و لایحه وظایفی که توسط وزارت صحت عامه و نظر به قوانین و مقررات شفاخانه صحت روانی و مرکز معالجوی معتادین جنگلک توسعه داده شده است فعالیت نمایند. برعلاوه، باید آگاهی کامل از مقرره صحت روانی جمهوری اسلامی افغانستان داشته و از رهنمودهای آن پیروی کنند. ماموریت ابتدایی مددکاری اجتماعی، بالابردن آرامش انسانی است. بنأ ارزش‌های هسته‌یی جهانی ذیل تهاداب مددکاری اجتماعی هستند:

- خدمات،
- عدالت اجتماعی،
- وقار و ارزش شخص،
- اهمیت روابط انسانی،
- راستی،
- شایستگی،

2- شایستگی فرهنگی

مددکاران اجتماعی باید از تاریخ، رسم و رواج‌ها، ارزش‌ها و سیستم‌های گروه‌های متفاوت جامعه آگاه باشند. آنها همچنین باید درک شان را در مددکاری اجتماعی شان رشد و ادامه دهند. آنها باید از حساسیت‌های فرهنگ‌های متفاوت آگاه و آگاهی شان را از تفاوت‌های هنجار و معیارهای فرهنگی افزایش دهند. آنها باید با مریضان شان به نحوی برخورد نمایند که به فرهنگ و هنجارهایشان احترام داشته باشند. باید از عقاید کلیشه‌یی

راجع به هر مریض انفرادی جلوگیری کرده و قدم‌های معین به-طرف درک عمیق‌تری از مریض‌ان خود داشته باشند. مخصوصاً برای ایجاد رابطه درمانی معین همراه با مریض مهم است.

3- محرمیت

نظر به ماده 33 مقررہ صحت روانی افغانستان، تمام معلومات مریض‌ان باید محرم نگهداری شود. مددکاران اجتماعی باید بطور واضح همراه با مریض‌ان صحبت کنند و بطور واضح توقعاتی که محرمیت را نقض می‌کنند تشریح نمایند.

این توقعات شامل موارد ذیل است اما محدود بر این‌ها نیستند:

- فرمان محکمه،
- ضرر به خود و دیگران،
- تجاوز به یک طفل یا اشخاص بزرگ.

4 - علم (دانش)

مددکاران اجتماعی در زمینه‌های مراکز مراقبت صحت باید دانش کار فعلی و تمرین کردن چنین معلومات را در عمل از خود نشان دهند. این علمیت شامل اما محدود به موارد ذیل نیستند:

- نقش‌ها و فعالیت‌های کارمند اجتماعی،
- ضروریات بیولوژیکی فیزیکی اجتماعی مریض‌ان،
- عناصر فیزیولوژیکی مریضی مریض‌ان،
- مفهوم روانی اجتماعی وضعیت مریض‌ان،
- مهارت‌های ارتباط و تجربه که آنها بتوانند بطور واضح پلان معالجوی را با مراجعه کننده‌گان یا فامیل‌های آنها صحبت کند،
- منابع قابل دسترس در جامعه،
- شایستگی و آگاهی فرهنگی،
- دانش اخلاقی،
- دانش معین از قوانین و مقررہ که می‌تواند بالای مریض‌ان تاثیر گذار باشند.

5 - ارزیابی

مددکاران اجتماعی باید قادر به ارزیابی در حال پیشرفت که شامل جمع آوری معلومات جامع برای استفاده رشد جلسات و استراتیژی‌های معالجوی باشد. ارزیابی، پروسه اساسی مددکاری اجتماعی است. یک ارزیابی جامع، شایسته فرهنگی شامل موارد ذیل می‌شود:

- وضعیت صحت قبلی و فعلی،
- تاثیر وضعیت‌های صحت یا معالجات شناختی، احساسی، اجتماعی، جنسی، روانشناختی یا کارکرد فیزیکی،
- تاریخچه اجتماعی، شامل ترتیب فعلی زندگی و محیط خانواده،
- کار، مکتب یا تاریخچه مسلکی،
- عقاید و ارزش‌های فرهنگی، شامل نظریات درمورد مریضی، معلولیت و مرگ،
- ساختار فامیلی و نقش مراجعه کننده‌گان در فامیل،

- حمایت‌های اجتماعی، شامل سیستم‌های حمایتی رسمی و غیر رسمی،
- سلوک و حالت صحت روانی و سطح فعلی فعالیت، شامل تاریخچه، خطرات خود کشی، و مدیریت کردن شیوه‌ها،
- منابع مالی.

6 - مداخله و پلان معالجوی

مداخلاتی را که مددکاران اجتماعی برای رشد آسایش مریضان می‌کنند باید به اساس ارزیابی جامع، شایسته فرهنگی با نظریات تیم میان رشته‌یی باشند.

پلان‌های معالجوی یا مداخلوی شاید شامل موارد ذیل باشد:

- استراتیژی‌های راجع به ضروریات که در ارزیابی معین شده-اند،
- معلومات، رجوع و دانش،
- مشورت انفرادی، فامیل و گروه‌ای،
- مشورت مسلکی، تعلیمی یا حمایتی،
- گروه‌های حمایتی روان تعلیمی،
- پلان مرخصی،
- پلان مراقبتی و همکاری میان رشته‌یی،
- اهداف و مقاصد.

7 - مدیریت قضیه

مدیریت قضیه درمددکاری اجتماعی برای ازدیاد نتایج فعالیت مریض و ایجاد سهولت در همکاری بین فراهم آورنده‌های صحت برای بیان ضروریات مریضان طرح شده است.

مدیریت قضیه در مددکاری اجتماعی شاید ازدیاد نتایج را در مدیریت هر قضیه کند، مددکاران اجتماعی باید از محدوده خدمات ذیل پیروی نمایند:

- تسهیل قضیه،
- مشورت به مریض و فامیل مریض،
- مداخله بحران،
- پیشرفت کیفیت،
- منبع دلالت / رجوع / پیشرفت،
- ادامه پلان مراقبتی،
- یکپارچگی سیستم،
- ارزیابی نتایج،
- کار تیمی / همکاری،
- تعلیم مریض / فامیل مریض،
- مدافعه مریض / فامیل مریض.

8 - مراجعه کننده و تعلیم جامعه

مددکاران اجتماعی باید به‌صفت مربی‌ها برای مراجعه کننده‌گان، فامیل‌های مریضان، جوامع و دیگر ماهرین در مورد ممانعت، تاثیر مریضی و مرض، دفاع برای ادامه صحت و مقیاس معالجه باشند.

9 - کار تیمی و همکاری

مددکاران اجتماعی همیشه باید مداخلات شان را با تیم دیگر ماهرین تمرین کنند. همین طور تیم‌ها اغلباً مواظبت جامع و معلومات مربوط به مراجعه کننده‌گان در دیپارتمنت‌های داخل بستر و سراپای شفاخانه صحت روان را تهیه می‌دارند.

10 - ازدیاد کار

مددکاران اجتماعی باید ازدیاد کار را ادامه و با مریضان به حالت که به آنها اجازه می‌دهد که در تهیه و انتقال خدمات کار با کیفیت اجتماعی موثرتر بوده تنظیم کند. آنها باید وقت شان را قسمی تنظیم کنند که اجازه می‌دهد آنها را وقت کافی برای جستجو و مطالعه معلومات که کمک می‌کند با مراجعه کننده‌گان بهتر کار کنند را داشته باشند. همچنان، آنها باید وقت کاری شان را قسمی تنظیم کنند تا آنها را به افزایش علم و ظرفیت اجازه دهند.

11 - مستند سازی

مددکاران اجتماعی باید اسناد مناسب کار اجتماعی را با مراجعه کننده‌گان در صورتی‌که در محیط گروهی یا انفرادی ایجاد شده باشد نگهداری کند. آنها برای حفظ مصئون و محرم این اسناد و انتقال مصئون آنها به بخش ثبت اسناد طبی شفاخانه مسئول هستند.

مستند سازی جامع شامل موارد ذیل است:

- ارزیابی جامع و خدمات تهیه دیده شده برای مراجعه کننده و سیستم مراجعه کننده شامل پیشرفت پلان مراقبتی است،
- ارزیابی‌های در حال پیشرفت، مداخلات و پلان معالجوی،
- اهداف و پلان گذاری که بالای قرارداد واضح مراجعه کننده تاثیر می‌کند، سیستم‌های مراجعه کننده و کار تیمی،
- منابع رجوعی و همکاری‌ها،
- تاریخ، وقت، و توضیحات مراجعه کننده و سیستم ارتباط گیرنده مراجعه کننده،
- نتایج مستند سازی،
- دلیل برای بستن قضیه و یا انتقال قضیه،
- اجازه نامه کتبی برای نشر و بدست آوردن معلومات، در جایی‌که مناسب باشد،
- مستندسازی قبولیت با حقوق محرمیت و مسئولیت‌ها.

12 - پیشرفت اجراءات

مددکاران اجتماعی همیشه باید کارشان را برای کیفیت و معین بودن خدماتی که تهیه می‌دارند ارزیابی کنند. به آنها اجازه خواهند داد تا سطح شایستگی آنها را در موثرتر بودن و موفق بودن کار اجتماعی ادامه دهند.

ارزیابی کار ممکن شامل موارد ذیل باشد:

- استعمال برنامه های معین مانند؛ استطباب کننده های کلینیکی، رهنمود های کاری وغیره،
- ارزیابی هر دو نتایج و پروسه اهداف،
- دخیل کردن مراجعه کننده و سیستم مراجعه کننده و همکاران در پروسه ارزیابی،

- حفظ نمودن محرمانیت مراجعه کننده و سیستم مراجعه کننده و دیگر ماهرین،
- منتشر کردن اسناد ارزیابی مراجعه کننده‌گان و ماهرین دیگر، طبق تقاضا و وفاداری به حقوق محرمانیت.

13 - شایستگی‌ها

در هر محیط مراقبت صحتی بشمول این شفاخانه، پلان گذاری، تهیه و ارزیابی کارهای اجتماعی و مراقبت که مددکاران اجتماعی برابر با معیارهای مددکاری اجتماعی هستند باید توسط اشخاص شایسته‌تری صورت گیرد.

14 - نظارت

در محیط مراقبت صحتی شامل این شفاخانه، مسئول یا ناظر باید برای نظارت مراقبت صحتی اعضای مددکاری اجتماعی در مسئولیت‌های کاری، رهنمایی و آموزش حاضر باشد. هدف نظارت، بالابردن مهارت‌های مسلکی و دانش مددکاران اجتماعی برای بالابردن شایستگی در تهیه مراقبت با کیفیت برای مریضان است.

رهنمود دیپارتمنت شغل درمانی

1. مقدمه :

انسان‌ها دارای یک نیروی ذاتی می‌باشند که می‌خواهند فعال باشند، این نیروی ذاتی توسط فعالیت‌های که روش زندگی روزمره شخص را تشکیل می‌دهد، دلالت می‌شود. شغل‌ها شامل هرچیزی که اشخاص در زندگی روزمره خود انجام می‌دهند و برای امرار حیات افراد، گروه و اجتماع مهم است می‌باشد. شغل وسیله‌ای است که اشخاص خود را در جهان حفاظت می‌کند و استعدادهای بالقوه خود را درک می‌نمایند (COT 2006a, Wilcox 1998). در دیدگاه مردم جهان، هرآنچه که اشخاص فکر می‌کنند همان نقش را در زندگی اختیار می‌کنند.

حفظ فعالیت‌های عادی قابل قبول و رضایت بخش شخصی که برای شخص مفهوم و ارزش داشته باشد باعث ایجاد هدف و راهنمای در زندگی می‌شود. بطور معکوس، هر اختلالی که در کارهای عادی روزمره سبب بیماری یا ناتوانی می‌شود منجر به نارضایتی، بی‌جهتی و پریشانی شخص گردد. بنابراین شغل برای صحت روانی خوب و صحت‌مند، مهم می‌باشد.

اشخاص بالغ همراه با مشکلات روانی طویل‌المدت یکی از محروم‌ترین گروه‌ها در جامعه است. اگر چه اکثریت آنها می‌خواهند که کار نمایند، در حقیقت کمتر از یک چهارم کار می‌کنند - آنها پایین‌ترین میزان اشتغال و وظیفوی را در برابر هر گروه عمده اشخاص ناتوان تشکیل می‌دهد.

از منظر بین‌المللی

سازمان ملل متحد یک نظر اجمالی به ساختار قانونی بین‌المللی برای وضع قوانین مریضان صحت روانی و معذورین و همچنان رهنمود توانمندی مسلکی برای بازتوانایی این نوع مراجعین ایجاد نموده است. (درسال 1993 20 48/96 دسامبر تصویب گردید). این وظیفه دیپارتمنت شغل درمانی می‌باشد که از تطبیق آن حصول اطمینان نماید.

2. تعریف: شغل درمانی

شغل:

شغل، مثل این‌که در اینجا استفاده گردیده است، عبارت است از فعالیت‌های تصرف، در مالکیت گرفتن و اشغال کردن زمان و فضاها، و نقش‌ها در زندگی یک شخص می‌باشد *The Oxford English* (.dictionary, 1989).

بدین معنی که، شغل شامل فعالیت‌های که اشخاص در خانه‌های خویش به‌منظور تنظیم کردن خانه‌هایشان اجراء می‌کنند، در محل

کار، در محلی که آنها در آموزش اشتراک می‌کنند، و زمان تفریحی یا فراغت که استفاده منطقی زمان و اختیار نمودن نقش-های زندگی را فراهم می‌کنند، می‌باشد (Fisher, 1998).

جوانب شغلی زندگی اشخاص در صحت و سلامتی مدل بیولوژیکی، روانی، فرهنگی و اجتماعی که اکثر داکتران و کارمندان رشته مربوطه دیگر در وظیفه خود استفاده می‌کنند، رول اساسی دارد. این جوانب شغلی تصدیق می‌نماید که انسان‌ها اصلاً موجودات وظیفوی هستند که مشاغل را مثل وسیله‌ای برای برقرار نمودن ارتباط با جهان و ایجاد و حمایت اهداف خود برای امرار حیات و تامین صحت استفاده می‌کنند.

نقش شغل درمان چیست؟

ساحه شغل درمانی مربوط به ابعاد شغلی زندگی اشخاص می‌باشد. مطابق سازمان صحت جهانی (WHO, 1998) شغل درمان‌ها فراهم کننده‌گان خدمات صحتی و اجتماعی می‌باشند که مردم را در اشتغال و وظیفوی شان کمک می‌کنند.

خدمات شغل درمانی به منظور بهبود صحت و سلامتی فراهم می‌گردد. اهداف اساسی آن کنترل ساحات عملکرد فیزیکی، شناختی، روانی-اجتماعی، حسی، ارتباطات، و ساحات دیگر عملکرد شخص در محدوده‌های محیطی مختلف و محیط فعالیت‌های روزمره که بالای صحت و سلامتی و کیفیت زندگی شخص تاثیر می‌گذارد، می‌باشد. (انجمن شغل درمانی آمریکا [AOTA], 2004).

هدف گسترده‌تر شغل درمانی "حمایت صحت مردم و سهم نمودن اشخاص در زندگی ذریعه‌ی مشغول نمودن آنها در کار می‌باشد." (AOTA, 2008, p.626). هدف اساسی آن برگرداندن دوباره مریضان به اجتماع می‌باشد در مکانی که آنها بتوانند از لحاظ اجتماعی و اقتصادی بدون در نظر داشت حالت شان وظیفه اجرا کنند.

شغل درمانان در بخش صحت روانی با اشخاصی که دارای هر نوع اختلالات روانی بشمول افسردگی، اضطراب، سایکوز، اختلال بایپولر، اختلال شخصیت و معتادین کار می‌کنند.

شغل درمانی در صحت روانی 4یس

شغل درمانان در بخش صحت روانی بالای ارتباط میان شغل، صحت روانی و سلامتی تأکید می‌کنند.

ساحه شغل درمانی در بخش صحت روانی شامل دانستن و کنترل موارد ذیل می‌باشد:

- پی آمد کار اشخاصی که دارای مشکلات و بیماری‌های روانی هستند،
- ضروریات شغلی اشخاصی که در معرض خطر هستند و دارای مشکلات و بیماری‌های صحت روانی هستند،
- روش‌های که اطرافیان اشخاص آنها را حمایت نموده و وظایف آنها را محدود نمایند، روش‌های بهبودی و بهبود کار.

3. فلسفه و مهارت‌های شغل درمانی

طرز کار شغل درمانی در بخش صحت روانی: توضیح اهداف کلیدی.
 شغل درمانان در بخش صحت روانی در همکاری با مریضان/ استفاده کننده گان خدمات، مراقبت کننده گان کار می کنند. آنها مریضان/ استفاده کننده گان خدمات و فامیل های آنها را حمایت نموده و آنها را قادر می سازد تا روش های زندگی کردن، آموزش، بازی، کارکردن را ایجاد و حفظ نمایند و آنها را با افزایش قابلیت های خود در مقابل چالش ها، فرصت ها و تقاضای دنیا، کاهش تاثیرات مشکلات و بیماری های صحت روانی و کمک در بهبودی شان ارتباط دهد.

نگرش های بنیادی شغل درمانی

نگرش های بنیادی شغل درمانی در حصول پی آمدهای مثبت برای مریضان/ استفاده کننده گان خدمات اساسی بنظر می رسد. از سبب اهمیت اساسی توقع می رود که طرز کار شغل درمانان باید اصول قدردانی تجارب گذشته مریضان/ استفاده کننده گان خدمات و مراقبت کننده گان، قدردانی کار کردن در مشارکت با مریضان/ استفاده کننده گان خدمات و مراقبت کننده گان و امکانیت شفایابی را در این ارتباطات در تمام جوانب کار خود منعکس سازد.

این نگرش ها بالای احترام، تائید و قدردانی واقعی دانش و تجارب شخص دیگر، پذیرفتن ساحه دید دیگران یا موضوعات قالبی و چگونگی ارتباطات چون برای حصول پی آمد های مثبت برای مریضان/ استفاده کننده گان خدمات و مراقبت کننده گان مهم می باشد. تأکید می کند بنابرین شغل درمانان موضوعات ذیل را کنترل خواهند نمودند:

- به مریضان/ استفاده کننده گان خدمات و مراقبت کننده گان و وقار آنها احترام قایل شوید،
- ذریعه ی جستجوی روش های قدردانی واقعی و تائید دانش و تجارب گذشته مریضان/ استفاده کننده گان خدمات و مراقبت کننده گان در مورد زندگی ایشان ارائه گردیده است،
- آگاه بودن از حقوق مریضان/ استفاده کننده گان خدمات و مراقبت کننده گان،
- ذریعه ی اطاعت از قوانین و حفظ حقوق مریضان، تشخیص و تداوی مریضان/ استفاده کننده گان خدمات و مراقبت کننده گان بمنثل یک انسان و اظهار خوشبینی در کار خود به منظور امید وار ساختن مریض ارائه گردیده است.
- قدرت را در ارتباطات همراه با مریضان/ استفاده کننده گان خدمات و مراقبت کننده گان تقسیم نمائید،
- ذریعه ی آگاهی دهی مریضان/ استفاده کننده گان خدمات و مراقبت کننده گان در مورد حقوق آنها، انتخاب خدمات ارائه گردیده است.
- سهم ساختن منابع شغل درمانی با مریضان/ استفاده کننده گان خدمات و مراقبت کننده گان در یک پروسه آموزشی دو جانبه.
- همکاری با مریضان/ استفاده کننده گان خدمات و مراقبت کننده گان به منظور کمک کردن آنها در تصمیم گیری.

دانش بنیادی شغل درمانی

شغل درمانان باید از جنبه شغلی در مورد صحت معلومات داشته باشند، این یک روش کلی است، چون شغل بصورت مشترک بالای ذهن و جسم تاثیر می‌گذارد. (Wilcock, 1998)

در طی انکشاف مسلکی افراد دارای نیازمندی‌های بنیادی می‌باشد، که این نیازمندی‌ها صحت، پرمعنی، راحت بخش، مثمر، خلقی، اجتماعی، دوامدار، و لذت بخش می‌باشد (do Rozario, 1994a; 1994c).

به‌منظور تسهیل انکشاف شغل، شغل درمانان باید از دانش شغلی، ظرفیت‌ها، مهارت‌ها و عاداتی که برای عملکرد موثر لازم می‌باشد استفاده کنند، همچنان از مهارت درون فردی و میان فردی و ابعاد محیطی که بالای مشغولیت در شغل تاثیر دارد استفاده کنند. برای شغل درمانان دانستن تجارب گذشته مانند دانستن بیماری، معذوریت یا تاخر رشد، به‌منظور دانستن مشکلات شغلی آن‌ها و یافتن روش‌های که آن‌ها در اشتغال وظایفشان کمک می‌کند مهم می‌باشد.

دانش خاص که سبب تقویت طرز کار شغل درمانی در محدوده صحت روانی می‌گردد شامل دانستن موارد ذیل می‌باشد:

- سیستم تشخیصه طبی (such as DSM, the Diagnostic & Statistical Manual)
- تشخیص‌های روانی و تداوی‌های طبی،
- مدل‌های که در دانستن عملکرد کمک می‌کند، مانند مدل‌های روانی اجتماعی،
- جوانب فرهنگی و سیاسی (ICIDH-2 (WHO, 1997)،
- مدل‌ها و طرزکار کنترل واقع، بازتوانایی روانی اجتماعی و بهبودی/ تقویت بخشیدن،
- طرزکار و روش‌های ارزیابی و تعیین پی‌آمدها بشمول: حالت روانی، خطر، عملکرد، و ارزیابی متمرکز شده مریض/ استفاده کننده خدمات و تعیین پی‌آمد،
- اداره استرس و تخنیک‌ها و طرزکار آرامش.

مهارت‌های بنیادی شغل درمانی

تمام شغل درمانان در بخش صحت روانی باید مهارت‌های اساسی/ عمومی شغل درمانی را بر علاوه مهارت‌های مخصوص داشته باشد. مهارت‌های مخصوص بنیادی طرز کار شغل درمانی شامل ساحات می‌باشد.

- معاینه حالت روانی، و ارزیابی روانی،
- اداره واقعات عاجل روانی، روانشناختی و مشکلات رفتار،
- مکالمات میان فردی، مشاوره و حل منازعه،
- طرزکار اداره واقعه بشمول اشتغال، مداخلات/ پلان‌گذاری مراقبت و تطبیق آن به یک شیوه همکاری،
- کارکردن با فامیل‌ها و شبکه‌های اجتماعی،
- مشاوره فردی و گروهی و استراتیژی‌ها روان درمانی،
- استراتیژی‌های آموزش روانی Psycho-educational و آموزش مهارت‌ها،
- ارتقاء صحت و آموزش صحت،
- طرزکار حساس فرهنگی،
- ارزیابی متمرکز به شغل و وظیفوی،

- تحلیل شغلی و پلان گذاری دوباره استراتیژی‌ها با استفاده از طرز زندگی بشمول بازی کردن، آموزش، کار، تفریح و فراغت،
- درمان‌های خلاق، تفریحی و بازی،
- زندگی اجتماعی و آموزش مهارت‌های مسلکی و یکپارچه سازی.

4. رهنمود اداری

افزایش آگاهی

- دیپارتمنت شغل درمانی باید به‌منظور افزایش آگاهی جامعه در مورد صحت روانی و مشکلات سوءاستفاده مواد مخدر، حقوق و ضروریات، استعداد بالقوه آن‌ها و سهم‌گیری آنها اقدام کند،
- دیپارتمنت شغل درمانی باید مبارزات معلوماتی را در رابطه با افراد مبتلا به اختلالات روانی و معتادین آغاز و حمایت نماید. این پیام را انتقال دهد که مریضان روانی و معتادین شهروندان با حقوق و ضرورت‌های یکسان مانند دیگران می‌باشند. بنابراین اندازه‌ها را توضیح نموده تا موانع را برطرف نمایند،
- دیپارتمنت شغل درمانی باید اشخاص مبتلا به اختلالات روانی، معتادین و فامیل‌های آن‌ها را به‌منظور اشتراک نمودن در برنامه‌های آموزش در مورد مسایل صحت روانی دعوت نماید،
- دیپارتمنت شغل درمانی باید به‌منظور افزایش آگاهی افراد مبتلا به اختلالات روانی و معتادین برنامه‌ها را در مورد حقوق و استعدادها بالقوه آن‌ها آغاز و انکشاف دهد،
- افزایش آگاهی باید یک بخش مهم آموزش مریضان/ مراجعین مبتلا روانی و معتادین باشد.

توان‌بخشی (احیای مجدد)

- اصطلاح "توان‌بخشی" به پروسه اطلاق می‌گردد که هدف آن قارد ساختن افراد مبتلا به اختلالات روانی و معتادین به رسیدن و حفظ به یک سطح وظیفوی مطلوب فیزیکی، حسی، ذهنی، روانی و اجتماعی می‌باشد، بدین وسیله زمینه تغییر مسیر زندگی بسوی سطح بلند ازخود کفایی را برای شان فراهم می‌سازد. بازتوانایی می‌تواند شامل اقدامات فراهم سازی و/ یا برگرداندن دوباره به وظایف، یا جبران از دست دادن و عدم موجودیت یک وظیفه یا محدودیت وظیفوی باشد. پروسه توان-بخشی مراقبت‌های اولیه طبی را دربر نمی‌گیرد. طیف وسیع اقدامات و فعالیت‌ها احیای مجدد از بسیار ابتدایی و عمومی الی فعالیت‌های هدفمند مانند توان‌بخشی شغلی را شامل می‌شود.
- دیپارتمنت شغل درمانی باید فراهم سازی خدمات احیای مجدد را برای اشخاص مبتلا به اختلالات روانی و معتادین جهت رسیدن و حفظ سطح مطلوب استقلالیت و کارکردی تضمین نماید.
- دیپارتمنت شغل درمانی باید برنامه‌های احیای مجدد را برای تمام گروه‌های افراد دارنده مشکلات روانی و معتادین ایجاد کند. این برنامه‌ها باید بر اساس نیازمندی‌های واقعی فرد و بر اساس اصول مشارکت کامل و مساوات باشد.
- چنین برنامه‌ها باید شامل طیف وسیع فعالیت‌ها مانند آموزش دهی مهارت‌های ابتدایی به‌منظور بهبود یا جبران وظایف متاثر شده، مشاوره با اشخاص مبتلا به اختلالات روانی و

معتادین و فامیل‌های آنها، ایجاد خود کفایی، و خدمات ضمنی مانند ارزیابی و رهنمایی باشد.

- تمام افراد مبتلاء به اختلالات روانی و معتادین بشمول افراد با ناتوانی‌های شدید و متعدد که به احیای مجدد ضرورت دارند باید به شغل درمانی در شفاخانه دسترسی داشته باشند.
- افراد مبتلاء به اختلالات روانی و معتادین و فامیل‌های آنها باید قادر به اشتراک در طرح و تنظیم خدمات توان‌بخشی مربوط خود ایشان باشند.
- در شروع کار هر گروه‌کاری، شغل درمان باید با اعضای گروه کمک نماید تا اهداف و همچنان پلان آینده خود را ایجاد نمایند.
- کورس‌های کوتاه مدت مخصوص را می‌توان برای گروه‌های مشخص تنظیم کرد تا آنها را قادر به ایجاد مهارت‌های زندگی نموده و از برگشت جلوگیری نمایم.
- دیپارتمنت شغل درمانی و کار اجتماعی باید از مهارت‌های اتحادیه‌های افراد مبتلاء به اختلالات روانی و معتادین زمانی‌که فورمول‌بندی می‌کنند و یا برنامه احیای مجدد را ارزیابی می‌کنند استفاده نماید.

5. رهنمود ارزیابی، تداوای و آموزش دیپارتمنت و داکتران ارزیابی شغل درمانی در صحت روانی

ارزیابی فرد محور وظایف مراجعه کننده بخش مهم دانستن فعالیت‌های است که ممکن در بوجود آمدن مشکلات روانی سهم داشته باشد.

ارزیابی فرد محور همچنان در شناسایی فعالیت‌های که مریض را قادر به کسب قدرت در زندگی، احساس شامل بودن در اجتماع و ارتقای بهبودی کمک می‌کند. بطورمثال داشتن وظیفه بسیار مملو از سترس ممکن برای صحت روانی شخص مضر باشد درحالی‌که مشغولیت در فعالیت‌های لذت بخش همراه با دوستان خوب سبب تضمین صحت روانی می‌گردد. هدف ارزیابی جمع آوری معلومات درمورد سطح وظیفوی فعالیت‌های روزانه شخص می‌باشد. که سه ساحه اساسی باید در نظر گرفته شود: (Creek 2003).

- فعالیت‌های حمایت خودی: که شامل روش‌های است که شخص به-منظور رسیدگی به نیازمندی‌های عاجل صحتی و محیطی خود بشمول شستن، لباس پوشیدن، آشپزی، پاک کاری، خوردن، تنظیم بودجه، پرداختن بل‌ها، مراقبت خانه، تنظیم نامه‌ها با استفاده از ترانسپورت عمومی و خواب اجراء می‌کند.
- فعالیت‌های مثر: که در برگیرنده روش اساسی است که شخص احساس می‌کند که در اجتماع سهم می‌باشد به شمول اجرای کار رضاکارانه، پرورش طفل، مراقبت از اقارب، وظیفه دارای معاش و رفتن به دانشگاه.
- فعالیت‌های اوقات فراغت: که شامل تمامی چیزهایست که یک شخص برای خوشی و آرامش خود بشمول تمرین، مشاغل یا علایق و اشتراک در اجتماع انجام می‌دهد.

تاثیر ارزیابی

ارزیابی همچنان محیط اجتماعی، فرهنگی و فیزیکی مراجعه کننده، و اینکه چطور بالای شغل شخص تاثیر می‌کند را مد نظر خواهد گرفت بطور مثال، اگر مراجعه کننده در منطقه منزوی، فقیر، با ترانسپورت عامه ضعیف و سطح پایین درآمد زندگی می‌کند احتمالاً گزینه‌های محدود انتخاب را برای اشتراک در کارهای اجتماعی و فعالیت‌های تفریحی خواهد داشت. علاوه بر این، ستگما در محیط اجتماعی فرهنگی فرصت‌های بدست آوردن شغل و ملاقات دوستان را برای مراجعه کننده کاهش می‌دهد (هین لیم 2005).

ارزیابی ارزش‌ها و منافع مراجعه کننده می‌تواند منجر به ایجاد انگیزه برای شغل‌شان، عادات‌های روزمره و خصوصیات شغل‌شان گردد. (کیل هوفنیر 2002).

ارزیابی همچنان ضرورت به شامل ساختن سطوح کاری فعلی وابسته به خصوصیات شغل قبلی و توقعات نمونه‌های کاری آینده را خواهد داشت (کریک 2003). در مورد معلومات راجع به شغل‌های استفاده کننده‌گان خدمات ممکن با موافقت فرد، اشخاص مهم دیگر و پایوازان / نگهبان برای بینش اضافی در مورد وضعیت موجود بحث صورت خواهد گرفت.

شغل درمان یک تعداد شیوه‌های معیاری ارزیابی را مورد استفاده قرار می‌دهد که استوار بر شواهد بوده و برای استفاده کننده‌گان و اعضای تیم معلومات را فراهم می‌کند تا بدانند که شخص چگونه شغل خود را مدیریت می‌کند و مداخلات شغل درمانی چه تغییر بر آن وارد کرده است. سه نمونه (مدل) معمول ارزیابی که می‌تواند به شکل انفرادی یا ترکیبی استفاده شوند قرار ذیل‌اند:

- مدل وسایل ارزیابی شغل انسانی (MOHO) یا نمونه انسانی،
- وسایل گزینش شغلی (MOHOST) مقیاس اجزای شغلی کانادائی (COPM)،

- ارزیابی مهارت‌های پروسس و تحرک (AMPS)،

به تعقیب ارزیابی، تدوین نیاز است تا شغل درمان، مراجعه کننده و خانواده در جای مناسب بصورت دوجانبه به جستجو و تعبیر این امر بپردازند که چالش‌ها چیست، در کجا موقعیت دارند و چه بدست خواهد آمد. (کرک 2003).

مداخلات شغل درمانی در صحت روانی

یک ارزیابی همه جانبه منجر به ارائه یک تصویر کلی از استفاده کننده‌گان انفرادی خدمات، آرزوها، مشوقین و اشتیاق آنها خواهد شد. علرغم این بعد اصلی مداخله که توسط شغل درمانان ارائه شده است عبارت از فعالیت‌های درمانی است که بخاطر پر مفهوم بودن آنها برای استفاده کنندگان خدمات انتخاب شده و جهت انکشاف مهارت‌ها و تأمین صحت و سلامت شخص نقش دارند. (کریک 2003). شغل درمان‌ها می‌تواند بطور مستقیم فعالیت‌ها را تهیه و با استفاده کننده خدمات آنها را اجراء نمایند (کریک 2003). شغل درمان‌ها همچنان مداخلات را که محیط اجتماعی شخص را هدف قرار می‌دهند اجراء خواهند کرد که می‌تواند برای تسهیل فعالیت و مشغولیت درمانی تغییر کند. مثال- های انواع مداخلات قرار ذیل هستند:

- تهیه مستقیم، یا سهولت دسترسی به فعالیتهای مانند رسامی و فعالیتهای دستی، فعالیتهای خلاق، فعالیتهای مواظبت خودی، فعالیتهای کاری، فعالیتهای آسودگی، فعالیتهای شیوه زندگی، فعالیتهای اجتماعی یا تفریحی
- توافق محیطی مانند تغییر یا متأثر ساختن محیط های فیزیکی، فرهنگی، نهادی یا اجتماعی جهت تسهیل کردن اجزای شغلی، بطور مثال، فراهم کردن زمینه تعلیمات در مورد صحت روانی در اجتماع،
- کار گروهی یا انفرادی روانی- آموزشی مانند اداره اضطراب، اداره قهر، مهارت های اثباتی، معامله با صداهای شنیده شده، گروه های بهبودی، اداره شیوه زندگی،
- کار کردن با استفاده کننده خدمات برای حفظ نقش زندگی شان، شغل اصلی و روابط اجتماعی مانند خانم خانه، مادر، مراقب بیمار، کارمند، دوست،
- تسهیل یکپارچگی اجتماع جهت قادر ساختن استفاده کننده خدمات برای ادامه شیوه دلخواه زندگی آنها،
- مداخلات جلوگیری کننده که هدف آن تأمین صحت روانی عمومی اجتماع می باشد.

6. رهنمای گام به گام داکتر

ارزیابی

- ارزیابی عملکرد فیزیکی، احساساتی، سلوکی (عادات) و شناختی با در نظر داشت ملاحظات محیطی،
- ارزیابی محیط خانه، کار یا مکتب بخاطر تشخیص ضرورت برای تعدیلات اسباب تشخیص شده و/یا حمایت ها.

معالجه / مدیریت

- پلان های معالجوی مجزا برای انکشاف، حفظ یا تقویت وظیفه با استفاده از مدل های درمانی استوار بر شواهد،
- آموزش زندگی روزمره و مهارت های زندگی در جامعه،
- تجویز وسایل تطابقی مشخص و آموزش مناسب استعمال آن،
- تغییر محیط های فیزیکی، اجتماعی، خانه، محیط کار یا مکتب.

آموزش / داد خواهی

- آموزش و مشورت دهی به خانواده و مواظبین در مورد تأثیر معیوبیت، مصدومیت و مرض بالای فرد و نقش برازنده آنها در پروسه بهبودی،
- آموزش و مشورت دهی بخاطر انکشاف کار و استقلالیت شامل ارتقاء صحت، و کاهش مواد مخدر و اضرار آن.

رجوع / همکاری

- شغل درمانان اشخاص را مبنی بر ارزیابی شان در صورت نیاز، به خدمات صحتی دیگر راجع می نمایند.
- همکاری با دیگر ماهرین خدمات صحتی و فراهم کننده گان خدمات جهت عرضه خدمات جامع و هماهنگ.

مراجعه، مواظبت کننده ها و دیگران را در شناسایی نیرومندی، شایستگی، ضروریات، منابع و فرصت های درمانی سهیم بسازید.

- گماشتن و شناسایی اشخاص مربوطه و سیستم‌ها در اجرای کار اشتراکی مبنی بر احترام جهت دریافت نقاط قوت، نیازها، منابع و فرصت‌ها.
- تجربه موثر اشخاصی که شامل هستند، و به هم پیوستگی پویا، روابط متقابل بین مردم، سیستم‌ها، و محیط‌ها در ارزیابی قوت‌ها، نیازها، منابع، و فرصت‌ها جستجو شده‌اند.
- پروژه‌های میان فردی و مشورتی برای ایجاد و سهولت در ارتباطات و مشارکت با مریضان/ مستفیدین خدمات، مراقبت‌کننده‌ها، مردم و سیستم‌های شامل استعمال می‌شود.
- معلومات درمورد گذشته، حال، زندگی مربوط و متوقع، آموزش، کار، تفریح و فعالیت‌های هنگام فراغت و در همکاری با مردم و سیستم‌های شامل جمع آوری شده‌اند.
- قوت‌ها و شایستگی شغلی (مانند ویژگی، دانش، سلوک، اشتیاق، توانایی‌های کاری و مهارت‌ها) و منابع شغلی (مانند منابع شخصی، حمایت اجتماعی، و منابع اجتماعی و محیطی) مشخص شده‌اند.
- ضروریات و مشکلات شغلی (مانند محرومیت شغلی، مشکلات و چالش‌ها در اجراات) و فرصت‌های شغلی (مانند امکانات برای تغییر، غنی‌سازی انکشاف و رشد آینده) ارزیابی / تحلیل شده‌اند.
- حالت صحت روانی و فیزیکی، فعالیت بیولوژیکی روانی اجتماعی و عوامل فرهنگی جستجو و مد نظر گرفته شده‌اند.
- شغل درمانی قابل اجراء و نمونه‌های خدمات برای رهنمایی تحلیل / ارزیابی شغلی استفاده شده‌اند.

تجدید نظر و تفسیر تحلیل شغلی، و بعد رشد استراتیژی‌ها برای تغییر شغل:

- یک پروفایل شغلی که تاریخ زندگی شغلی را یکجا می‌سازد، دستورات، الهامات، و مسائل معین شده که ایجاد گردیده در همکاری مردم مربوطه و سیستم‌ها،
- استراتیژی‌های شغلی برای تغییر، حل مسائل یا برای زندگی صحتی در همکاری با مردم مربوطه و سیستم‌ها رشد و پلان شده است،
- رابطه‌های متحرک متقابل و اتصالی بین مردم، سیستم‌ها، و محیط‌ها در پلان‌ها برای تسهیل ارتقاع شغلی و طرح دوباره شیوه زندگی در نظر گرفته شده‌اند،
- ملاحظه حالت صحت روانی و فیزیکی، فعالیت زیستی روانی اجتماعی، فرهنگ، حقوق و سابقه خدمت در ارتقاع استراتیژی تغییر شغلی یکجا شده است،
- تنظیم وقت، دسترسی به حمایت، بندش، و پلان مرخصی مریض، زمینه خدمت‌طوری که قابل اجراء باشد، در ساختن پلان‌ها با مردم مربوطه تفکر شده است.

فراهم کردن مصروفیت شغلی برای آموزش، رشد شغل و سلامتی زیستی روانی اجتماعی:

- تجربیات مصروفیت شغلی در همکاری با مردم و سیستم‌ها ایجاد گردیده است،
- مصروفیت شغلی و فرصت‌های غنی سازی که موافق هستند با بالابردن کل صحت و خوبی، و با حالت صحت روانی و فیزیکی

مردم، فعالیت زیستی روانی اجتماعی، فرهنگ، و زمینه خدمت ایجاد شده است،

- تجربیات مصروفیت شغلی و محیطها برای ایجاد سهولت شغلی غنی سازی، آموزش مهارتها، بالابردن اجزای شغلی و فراهم چالشهای کافی برای نگهداشت ارتقاء شغلی و زندگی صحتی تنظیم و ساخته شده است،
- فرصتهای آموزش انفرادی، گروهی و اجتماعی برای جستجوی شغل، انتخاب کردن، قبول کردن خطر، تجربه کردن و دوباره کشف کردن توسط مصروفیت شغلی ایجاد و حمایت گردیده است،
- پروسههای گروهی و رابطههای متحرک متقابل و اتصالاتی بین مردم، سیستمها و محیطها برای حمایت مصروفیت شغلی بکار برده شده است،
- خلاقیت حل مشکل، تغییر اداره و دوباره طرح شیوه زندگی، دانش و مهارتها در همکاری با مردم و سیستمهای دخیل برای حمایت از آموزش، جوابگویی موثر برای شرایط زندگی، و اشتراک در شغل شخص، ارتباط فرهنگی و اجتماعی بکار برده شده است،
- اشخاص انفرادی و/یا سیستمها برای رشد چارچوب رجوعی شان، مجموعه استراتژیها و حمایت مصروفیت شغلی، آموزش و ارتقاء برای زندگی صحتی و طرح دوباره شیوه زندگی سهولت ایجاد شده است،
- مهارتهای اشخاص انفرادی و مهارتهای سیستمها و منابع برای دسترسی، و استفاده خدمات صحت روانی، منابع حمایت کننده مربوطه دیگر و خدمات عامه موفقانه حمایت و ارتقاء داده گردیده است.

استراتژیهای تغییر شغلی را ارزیابی کنید

- تجدید نظرهای متداوم و دوامدار در همکاری با مردم و سیستمهای دخیل مدنظر گرفته شده است،
- فیدبک دوامدار در مورد پیشرفت و دست آوردها در رابطه به خصوصیات معین شده پروفایل شغلی و استراتژیهای پلان شده شغلی از مردم مربوطه و سیستمهای جستجو شده است،
- فیدبک، و مسائلی که پیشرفت معین شده را میافزاید یا به تعویق میاندازد، در همکاری با مردم مربوطه و/یا سیستمهای دخیل تجدید نظر شده است،
- استراتژی تغییر شغلی متناوب در همکاری با مردم مربوطه و/یا سیستمهای مثلی از بخشی پلانهای دوباره قابل بحث، و تجدید نظر روی پیشرفت دوامدار جستجو شده است.

روشهای مناسب، برنامههای کاربردی و پروسهها برای جمع آوری معلومات، تشخیص و ارزیابی را برای تسهیل رشد شغل انتخاب و استعمال کنید

- روشها و پروسهها برای آموزش درباره تجربه زندگی مریضان/استفاده کنندههای خدمات، فامیلها، و دیگر مراقبت کنندهها استفاده میشود،
- برنامههای کاری مورد قبول و مربوطه، روشها و پروسهها در همکاری با مردم مربوطه و سیستمهای دخیل انتخاب شده است.

- انتخاب برنامه‌های کاری، روش‌ها و پروسه‌های تطبیقی حالت صحت روانی و فیزیکی، فعالیت زیستی روانی اجتماعی، فرهنگ و حقوق آن‌ها که دخیل هستند در نظر گرفته شده است،
- روش‌های شناخته شده و برنامه‌های کاری مربوطه، برای شغل و انواع دیگر تشخیص و ارزیابی که موافق است با زمینه خدمت و رهمردها برای بهترین شیوه انتخاب شده است،
- شغل و دیگر راه‌های جمع آوری معلومات، برنامه‌های ارزیابی و تشخیص روش‌ها برای کسانی که در این پروسه‌ها اشتراک می‌کنند، بطور واضح تشریح شده است.

عهده داری به موقع از ثبت نمودن و گزارش دهی پروسه رشد شغلی

- مریض، استفاده کننده خدمات و مواظبت کننده زبان احترام آمیز را در تمام ارتباطات و ثبت استفاده نمایند،
- پروفایل شغلی، پلان‌ها، پشرفت و نتایج بطور واضح ثبت شود و با احترام، سلوک اخلاقی با کسانی که دخیل هستند شریک شوند، بطور مشخص مریض/ استفاده کننده های خدمات، مراقبت کننده‌ها و دیگر فراهم کننده خدمات،
- ثبت کردن اسناد با ضروریات سابقه خدمات، رهنمود و معیارها برای بهترین شیوه توافق شده است.

رشد شغلی را با اشخاص انفرادی و گروه‌ها آسان سازید عناصر:

- مریضان/ استفاده کننده‌های خدمات، مواظبت کننده‌ها و دیگران را در مشخص کردن نیرومندی شغلی، شایستگی، ضروریات، منابع و فرصت‌ها عهده دار سازید،
- تحلیل شغلی، و بعداً رشد استراتیژی‌های شغلی برای تغییر را تفسیر و تجدید نظر کنید،
- مصروفیت شغلی برای آموزش، رشد شغلی و خوبی را فراهم کنید،
- استراتیژی تغییر شغلی را ارزیابی کنید،
- روش‌های مناسب، برنامه‌های کاری و پروسه‌ها را برای جمع آوری معلومات، تشخیص و ارزیابی برای تسهیل رشد شغلی انتخاب و استعمال کنید،
- عهده دار شوید به موقع ثبت نمودن و راپور دهی پروسه رشد شغلی را.

مشارکت اشتراکی با مریضان/ استفاده کننده های خدمات و مواظبت کننده ها را رشد و ادامه دهید: عناصر:

- تجربه زندگی مریضان/ استفاده کننده‌های خدمات و مواظبت کننده‌ها را بطور فعالانه برای درک کردن جستجو و نمائید،
- سهم روابط و مشارکت را قدردانی کنید،
- پالیسی‌ها، رهنمودها و ابتکارات اشتراک مریضان/ استفاده کننده‌های خدمات و مواظبت کننده گان را حمایت و تطبیق نمائید.

حمایت و عهده داری کنید سیستم‌های مدافعه را برای حمایت مریضان و مدافعه خود مواظبت‌کنندگان عناصر:

- دفاع خود مریض و مواظبت‌کننده را حمایت و ارتقاء دهید،
حمایت مواظبت‌کننده را از طرف مریضان،
- با مریضان/ استفاده‌کننده های خدمات، مواظبت‌کنندگان
و دیگر شرایط برای ارتقاء استراتژی‌های که حمایت مدافعه
را از ساحه‌های مشخص شده مربوط می‌کند، کار کنید،
آگاهی عامه و فهم در مورد مسائل صحت روانی و ضروریات مردم
که توسط مشکلات صحت روانی تحت تاثیر قرار گرفته اند، ارتقاء
دهید.

ماخذ:

1. اداره یرخاشگری:

- ✓ Bateman N. (2003). Antipsychotics. *Medicine*, 34-35.
- ✓ Beck CM, Rawlins PR & Williams SR (eds). (1984). *Mental Health – Psychiatric Nursing*. USA: CV Mosby Company.
- ✓ Beech, B & Bowyer, D. (2004). Management of aggression and violence in mental health settings. *Mental Health Practice*, 7(7), 31-37.
- ✓ Bower, B. (1991). New report offers antipsychotic guidelines – american psychiatric association task force reports on tardive dyskinesia, the movement disorder caused by therapy with neuroleptic drugs. *Science News*, May 11.
- ✓ Byrne GJ. (2005). Pharmacological treatment of behavioural problems in dementias. *Australian Prescriber*, 28(3), 67-70.
- ✓ Calvert P & Palmer, C. (2003). Application of the cognitive therapy model to initial crisis assessment. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 30-38.

- ✓ Campbell, D. (2001). The management of acute dystonic reactions. *Australian Prescriber*, 24(1), 19-20.
- ✓ 15 - Sir Charles Gairdner Hospital - Nurse Practitioner Mental Health Clinical Protocol AGGRESSION AND AGITATION
- ✓ Fry AJ, O'Riorden D, Turner M & Mills KL. (2002). Survey of aggressive incidents experienced by community mental health staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 112-120.
- ✓ Gareri P, De Fazio P, Stilo M, Ferreri G & De Sarro G. (2003). Conventional and atypical antipsychotics in the elderly. *Clinical Drug Investigation*, 23(5), 287-322.
- ✓ Hill, S. (2000). The violent patient, part 2: pharmacotherapy for behavioural emergencies. *Journal of Critical Illness*, September, 1-7.
- ✓ 16 - Sir Charles Gairdner Hospital - Nurse Practitioner Mental Health Clinical Protocol AGGRESSION AND AGITATION
- ✓ Marcantonio ER. (2005). Clinical management and prevention of delirium. *Psychiatry*, 4(1), 68-72
- ✓ Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365:1099-1104.
- ✓ Mathers, C.D., Vos, E.T., Stevensen, C.E. & Begg, S.J. (2001). The burden of disease in australia. *Bulletin of the World Health Organisation*, 79(11):1076-1084.
- ✓ McGeorge, M & Landow, V. (2000). Safe in our hands. *Mental Health Practice*, 4(4), 5-6.
- ✓ MedicineNet, (2005) *Mental Illness Basics*. Accessed 24th May 2007 from: <http://www.medicinenet.com>
- ✓ MIMS (1996-2007). NSW: IMS Publishing
- ✓ National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. (2005). *Violence: the short-term management of disturbed / violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments*. London(UK): National Institute for Clinical Excellence.
- ✓ New Zealand Guidelines Group (NZGG) (2003). The assessment and management of people at risk of suicide. Accessed 3rd March 2007 from The National Guideline Clearinghouse Website: www.guideline.gov
- ✓ 17 - Sir Charles Gairdner Hospital - Nurse Practitioner Mental Health Clinical Protocol AGGRESSION AND AGITATION
- ✓ Orygen Research Centre, (2004) *The Acute Phase of Early Psychosis: A Handbook on Management*. Melbourne: Orygen Research Centre.
- ✓ Peplau, H. (1994) Psychiatric mental health nursing: challenge and change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1, 3-7.
- ✓ Perry PJ, Alexander B & Liskow BI. (1997) *Psychotropic Drug Handbook*. USA: American Psychiatric Press.
- ✓ Petersen, L.A. (2003). Process of care and outcome after acute myocardial
- ✓ infarction for patients with mental illness in the VA health care system: are there disparities. *Health Services Research*, Feb. Accessed 19th April, 2007 from the FindArticles Website: http://findarticles.com/p/articles/mi_m4149/is_1_38/ai_99290659/pri...
- ✓ Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangelos EG, Cummings JL &
- ✓ DeKosky ST. (2001). Practice parameter: early detection of dementia. Mild cognitive impairment (an evidence-based review): report of the quality

- standards committee of the american academy of neurology. *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, 2007, 2.
- ✓ Phelan, M. (2001). Physical health of people with severe mental illness: can be improved if primary care and mental health professionals pay attention to it-editorial. *British Medical Journal*, Feb 24. Accessed 19th April 2007 from the Find Articles Website: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0999/is_7284_322/ai_71820691/pri...
 - ✓ Robinson, D.J. (1999). *Sigmundoscopy: Medical-Psychiatric Consultation-Liaison: The Bases*. USA: Rapid Psychler Press.
 - ✓ Rose SR, Ward KR & Giorgi-Guarnieri D. (2002). Pharmacotherapeutic options for chemical restraint – emergency medicine update. *Journal of Critical Care*, Nov, 1-4.
 - ✓ Shaw GM, Chase JG, Rudge AD, Starfinger C, Lam Z, Lee D, Wake GC,
 - ✓ Greefield K & Dove R. (2003). Rethinking sedation and agitation management in critical illness. *Critical Care and Resusitation*, 5, 198-206.
 - ✓ Shea, S. (1998). *Psychiatric interviewing: The art of Understanding*. 2nd ED. W.B.Saunders: Philadelphia.
 - ✓ Sir Charles Gairdner Hospital (2004). *Emergency Department Guidelines: Restraint of Patients*. Perth: Sir Charles Gairdner Hospital.
 - ✓ Soares, KVS & McGrath, JJ. (1997). Anticholinergic medication for neuroleptic-induced tardive dyskinesia (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art No.:CD000204. DOI: 10.1002/14651858.CD000204.
 - 18 - Sir Charles Gairdner Hospital - Nurse Practitioner Mental Health Clinical Protocol AGGRESSION AND AGITATION
 - ✓ Stuart GW & Sundeen SJ (eds). (1987). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (3rd Ed). USA: CV Mosby Company.
 - ✓ Sullivan, P. (1998). Care and control in mental health nursing. *Nursing Standard*, 13(13-15), 42-45.
 - ✓ Therapeutic Guidelines Ltd. (2005). *Psychotropic*. North Melbourne: TGA.
 - ✓ Wales, P. (1998). Solution-focused brief therapy in primary care. *Nursing Times*, 94(5), 48-49.
 - ✓ Western Australian Drugs & Therapeutics Committee (2003). *Acute Arousal: management in Schizophrenia and Related Psychosis: A Guide for Medical Practitioners*. Perth: Western Australian Drugs & Therapeutics Committee.
 - ✓ Xeniditis, K. Russell, A & Murphy, D. (2001). Management of people with challenging behaviour. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 109-116.

2. بنزودايين

Bezchlibnyk-Butler et al. Clinical Handbook of Psychotropic Drugs, 16th Edition 2006.

BNF No 59 March 2010

NICE TA77 2004

Tanaka E. (1998), clinically important pharmacokinetic drug-drug interactions. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 24, 403-416.

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/mental-health-medications/complete-index.shtml>

Resources

Recommended Reading

مطالعه پیشنهاد شده

Miller, W.R., and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change*. (2nd ed.). New York: Guilford Press, in press.

Miller, W.R., and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change*

addictive behavior. New York: Guilford Press, 1991.

Miller, W.R. Increasing motivation for change. In Hester, R.K., and Miller, W.R., (Eds.),

Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives. New York, Pergamon Press, 1989. pp.67-80.

Miller, W.R. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy* 11:147-172, 1983.

Rollnick, S., & Miller, W.R. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive*

Psychotherapy, 23, 325-334.

Recommended Assessment and Treatment Manuals for MI or MET

یا MI راهنمود های پیشنهاد شده درمورد ارزیابی و تداوی
MET

Center for Substance Abuse Treatment. *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 35. DHHS Pub. No. (SMA) 99-3354. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1999.

Miller, W.R.; Zweben, A.; DiClemente, C.C.; and Rychtarik, R.G. *Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. Project MATCH Monograph Series, Vol. 2. NIH Pub. No.94-3723. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Assessing Alcohol Problems*. Treatment Handbook Series 4. J.P. Allen, & M.Columbus (eds.). NIH Pub. No. 95-3745. Rockville MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995.

Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. *Health behavior change: A guide for practitioners*.

London: Churchill Livingstone, 1999.

Squires, D.D., & Moyers, T.B. *Motivational Enhancement for Dually Diagnosed Consumers*. (Available from the Behavioral Health Recovery Management Project c/o Fayette Companies, PO Box 1346, Peoria, IL 61654-1346; or at <http://www.bhrm.org>). 2001, Spring.

Demonstration Videotapes

Miller, W.R., Rollnick, S. & Moyers, T. B. *Motivational Interviewing: Professional Training Videotape Series*. Albuquerque, NM: University of New Mexico, 1998. Available from William R. Miller, Ph.D., Department of Psychology, University of

New Mexico, Albuquerque, NM, USA 87131-1161. European format videotape available from the National Drug and Alcohol Research Centre, P.O. Box 1, University of New South Wales, Kensington, NSW 2033, Australia.

Motivation and Change. Set of two training videotapes available from the Addiction Research Foundation, 33 Russell Street, Toronto M5S 2S1, Ontario, Canada.

23

Rollnick, S. *I Want It But I Don't Want It: An Introduction to Motivational Interviewing*.

Mind's Eye Video, 1989. European format only. Available from the Department of Psychology, Whitchurch Hospital, Cardiff, Wales, United Kingdom, CF4 7XB.

Internet-Based Resources

The two websites listed below offer a rich source of information regarding the assessment

and treatment of addictive behaviors. Many assessment instruments can be downloaded

free of charge from the UNM CASAA website, and you can also order training materials

and view the locations for upcoming training sessions.

If you are looking for assessment instruments, or information on a variety of other related

topics, you can find them on the University of New Mexico Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA) website at <http://casaa.unm.edu>.

For information about motivational interviewing, please consult the official MI website at www.motivationalinterview.org.

24

References

Aubrey, L.L. (1998). Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment (Doctoral dissertation, University of New Mexico,

1998). Dissertation Abstracts International, 59-03B, 1357.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Beutler, L.E., Machado, P.O., & Neufeldt, S.A. (1994). Therapist variable. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New

York: Wiley.

Brown, J.M., & Miller, W.R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7,

211-218.

Burke, B.L., Arkowitz, H. & Dunn, C. (in press). The efficacy of motivational interviewing and its adaptations: What we know so far. In W.R. Miller and S. Rollnick

(Authors and Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd Edition).

New York: Guilford Press.

Costello, R.M., Biever, P., & Baillargeon, J.G. (1977). Alcoholism treatment programming: Historical trends and modern approaches. *Alcoholism: Clinical and*

Experimental Research, 1, 311-318.

DiClemente, C.C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.

Eisenthal, S., Emery, R., Lazare, A., & Udin, H. (1978). 'Adherence' and the negotiated approach to patienthood. *Archives of General Psychiatry*, 36, 393-398.

Emrick, C.D. (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 523-549.

King, S. (2000). *On writing: A memoir of the craft*. New York: Scribner.

Lafferty, P., Beutler, L.E., & Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 57, 76-80.

Miller, W.R. (personal communication, June 5, 2001).

25

Miller, W.R., Benefield, R.G., & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 61, 455-461.

Miller, W.R., & C'de Baca, J. (2001). *Quantum change: When epiphanies and sudden insights transform ordinary lives*. New York: Guilford Press.

Miller, W.R., and Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Miller, W.R., and Rollnick, S. (in press). *Motivational interviewing: Preparing people to change*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Miller, W.R., & Hester, R.K. (1986). Inpatient alcoholism treatment: Who benefits? *American Psychologist*, 41, 794-805

Miller, W.R., Walters, S.T., & Bennett, M.E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 211-220.

Miller, W.R., Sovereign, R.G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioral Psychotherapy*, 16, 251-268.

Miller, W.R.; Zweben, A.; DiClemente, C.C.; and Rychtarik, R.G. (1995).

Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists

Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence. Project MATCH Monograph

Series, Vol. 2. NIH Pub. No.94-3723. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse

and Alcoholism.

MINT: Motivational Interviewing Network of Trainers: Annual Meeting. Newport, RI.

October 18-21, 1998.

Moyers, T. B. (2000). New perspectives on motivation and change. In D.B.

Cooper (Ed.), *Alcohol use* (pp.151-160). Abingdon, UK: Radcliff Medical Press.

Moyers, T.B. & Yahne, C.E. (1998). Motivational interviewing in substance abuse treatment: Negotiating roadblocks. *Journal of Substance Misuse*, 3, 30-33.

Noonan, W.C., & Moyers, T.B. (1997). Motivational interviewing. *Journal of*

Substance Misuse, 2, 8-16.

Orford, J, & Edwards, G. (1977). Alcoholism. New York: Oxford University Press.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.

26

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1985). Processes and stages of change in smoking, weight control, and psychological distress. In: S. Schiffman and T. Wills (Eds.),

Coping and substance abuse (pp. 319-345). New York: Academic Press.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: W.R. Miller and N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of*

change (pp. 3-27). New York: Plenum Press.

Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on*

Alcohol, 58, 7-29.

Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Saunders, B., Wilkinson, C., & Phillips, M. (1995). The impact of brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction*, 90, 415-424.

Smith, D.E., Heckemeyer, C.M., Kratt, P.P., & Mason, D.A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight control program for older obese

women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care*, 20, 53-54.

Sobell, L.C., Ellingstad, T.P., & Sobell, M.B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research with suggestions for future

directions. *Addiction*, 95, 749-764.

Sobell, L.C., Cunningham, J.A., & Sobell, M.B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American*

Journal of Public Health, 86, 966-972.

Sobell, L.C., Sobell, M.B., & Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. In: N. Heather, W.R. Miller, & J. Greely (Eds.), *Self-control and the*

addictive behaviours (pp. 198-242). New York: Maxwell Macmillan.

Solomon, K.E., & Annis, H.M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior. *British Journal of Addiction*, 85, 659-665.

Stephens, R.S., Roffman, R.A., Cleaveland, B.L., Curtin, L., & Wertz, J. (1994).

Extended versus minimal interventions with marijuana dependent adults. Paper presented

at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San

Diego, CA.

27

Truax, C.B., & Carkhuff, R.R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine.

Vaillant, G.E. (1995). *The Natural History of Alcoholism Revisited*. Cambridge, MA: Harvard University Press.