



راهنمای عمل روان شناسان و روان پزشکان داوطلبِ ارائه مشاوره رایگان به افراد آسیب دیده از شرایط اجتماعی اخیر

۲۱ بهمن ۱۴۰۴

به نام حضرت دوست

اینجانب (پورشریفی) ابتدا وظیفه خود
می‌دانم به نمایندگی از اعضای محترم
هیئت مدیره انجمن روان‌شناسی ایران،
خدمت هم‌میهنان عزیز تسلیت گفته و از
مسئولیت‌پذیری همکاران گرامی،
روان‌شناسان و روان‌پزشکان داوطلب،
تشکر کنم.



• همچنین لازم است تشکر کنم
از انجمن علمی روانپزشکان
ایران، به ویژه ریاست محترم
انجمن، جناب آقای دکتر
شریعت، بابت همراهی
موثرشان در این طرح
داوطلبانه

چند آشنایی کوتاه

- انجمن روان‌شناسی ایران و مسئولیت‌های اجتماعی
- مرکز مشاوره انجمن
- مسئول فنی مرکز (نماینده حقوقی انجمن): دکتر حمید پورشریفی
- سوپروایزر مرکز: دکتر بهروز دولتشاهی
- مشاور رئیس انجمن در مرکز مشاوره: دکتر رباب حامدی
- مشاوران علمی مرکز مشاوره انجمن (به ترتیب حروف الفبا): دکتر شیوا دولت‌آبادی، دکتر حمیدرضا حسن‌آبادی، دکتر ناصر صبحی قراملکی، دکتر نادر منیرپور، دکتر سیدکاظم واعظ موسوی، دکتر حمید یعقوبی
- آدرس اینترنتی مرکز مشاوره انجمن: <https://iranpa.org/clinic/>

معرفی طرح و اقدامات انجام شده

- هدف طرح: تسهیل دسترسی رایگان افراد آسیب دیده شرایط اخیر به متخصصان سلامت روان
- تعداد داوطلبان: ۱۰۳۴ نفر
- ملاک ورود داوطلبان به طرح: داشتن پروانه اشتغال
- ملاک اولویت: ۱- سوابق بالینی مرتبط، ۲- سوابق آموزشی مرتبط
- تعداد افرادی که اطلاعات تکمیلی آنها تا الان درخواست شده است: ۶۵۹ نفر (حسب نیاز از داوطلبان دیگر هم درخواست اطلاعات تکمیلی انجام خواهد شد)
- پروفایل های ایجاد شده تاکنون: قریب ۲۰۰ نفر
- ترتیب اسامی درج شده: ترتیب ورود اطلاعات
- زمان انتشار عمومی: احتمالا شنبه ۲۵ بهمن

راهنمایی اجرایی

توضیح در خصوص نحوه نوبت گرفتن مراجعان

۱. مراجع با مراجعه به صفحه مرکز مشاوره و انتخاب گزینه (صفحه نوبت‌دهی روان شناسان و روان پزشکان داوطلب: ویژه آسیب دیدگان اخیر) وارد سامانه نوبت‌دهی مرکز مشاوره انجمن می‌شود. این گزینه تا زمان انتشار عمومی دیده نمی‌شود.
۲. با انتخاب گزینه "روانشناسان و روانپزشکان داوطلب" لیستی از همکاران داوطلب نمایش داده می‌شود که مراجع ضمن مشاهده ی مقطع، رشته و شماره پروانه و عکس همکار، می‌تواند بر روی گزینه "رزرو نوبت" کلیک نماید
۳. مراجع تاریخ و ساعت ویزیت را انتخاب می‌کند.
۴. اسم و فامیل و شماره موبایل خود را وارد می‌کند.
۵. با توجه به این که مشاوره رایگان هست فرد وارد درگاه پرداخت نمی‌شود و با زدن گزینه ی "بعدی" نوبت ثبت می‌گردد و پیغام: نوبت با موفقیت ثبت گردید به مراجع نشان داده می‌شود.
۶. در این زمان، هم برای مراجع و هم درمانگر پیامک ارسال می‌شود و نیز لینک گوگل میت درمانگر برای مراجع پیامک می‌شود.
۷. مراجع در موعد مقرر وارد لینک گوگل میت می‌شود و با اکسپت درمانگر ، جلسه ویزیت انجام می‌شود.

راهنمایی اجرایی

توضیح در خصوص نحوه نوبت گرفتن مراجعان

- چند نکته:

- ۱- مراجع حداقل باید ۲۴ ساعت زودتر اقدام به رزرو نماید. ساعت‌های رزرو کمتر از ۲۴ ساعت بعدی نمایش داده نمی‌شود.
- همچنین برای هر روز، مراجعین تنها تا ساعت ۱۹ روز قبل می‌توانند وقت رزرو نمایند.
- ۲- مدیریت زمان جلسه بر عهده درمانگر و مراجع می‌باشد که ۴۵ دقیقه ای جلسه به اتمام برسد. جلسات روانپزشکی ۲۰ دقیقه تنظیم شده است.
- ۳- درمانگران به پنل تنظیمات نوبت و... دسترسی ندارند و هر گونه تغییر و ویرایش تایم‌های حضور یا اطلاعات دیگر، صرفاً از مسیر پشتیبان، میسر است.

حدود نقش و انتظارات داوطلب

- این طرح برای درمان نیست.
- هدف: مداخلات اولیه، تثبیت، ارزیابی، ارجاع
- لازم است از مسئولیت‌ها و محدودیت‌های خود به عنوان داوطلب آگاه باشیم.

ملاحظات اخلاقی و قانونی در پرونده نویسی

- پرونده نویسی حداقلی، ضروری و مسئولانه انجام شود و از ثبت اطلاعات هویتی یا جزئیات حساس غیر لازم پرهیز گردد. (پرونده خاص درمانگر است و انجمن آن را درخواست نخواهد کرد).

- ثبت مطالب ترجیحاً در چارچوب SOAP انجام شود:

- گزارش ذهنی مراجع (Subjective)

- مشاهدات بالینی (Objective)

- ارزیابی، جمع بندی اولیه بدون تشخیص گذاری قطعی (Assessment)

- مداخله، توصیه و ارجاع (Plan)

در این طرح از تشخیص گذاری رسمی و برچسب زنی خودداری شده و صرفاً توصیف بالینی اولیه ثبت شود.

- مداخلات مهم، به ویژه در موارد خطر (خودکشی یا آسیب به دیگران)، به طور شفاف در بخش Plan ثبت گردد.

- اصل محرمانگی رعایت شود.

- پرونده نویسی حرفه ای، بی طرف و فاقد قضاوت شخصی یا واکنش های هیجانی درمانگر باشد.

سایر ملاحظات اخلاق حرفه‌ای

توجه به اصول اخلاق حرفه‌ای

- **سودمندی و عدم آسیب‌رسانی** (تمرکز بر مداخلات ایمن و متناسب با شرایط بحران و پرهیز از ورود به مداخلات عمیق یا آزمایشی / پرهیز از بازگویی‌های مکرر یا مواجهه‌های زود هنگام که می‌تواند به تشدید علائم منجر شود).
- **وفاداری و مسئولیت‌پذیری** (شفاف‌سازی حدود نقش داوطلب، تعداد جلسات و چارچوب خدمات از ابتدا. / پایبندی به تعهدات حرفه‌ای و عدم ایجاد وعده‌های غیرواقعی یا تعهدات فراتر از طرح)
- **یکپارچگی (صداقت)** (ارائه اطلاعات درست و واقع‌بینانه درباره هدف مداخلات و محدودیت‌های آن. / پرهیز از اغراق در توانمندی‌ها یا القای امیدهای غیرواقعی)
- **عدالت** (ارائه خدمات بدون تبعیض بر اساس دیدگاه‌ها، پیشینه اجتماعی، باورها یا واکنش‌های هیجانی مراجعان)
- **احترام به شان و حقوق افراد** (حفظ محرمانگی، کرامت انسانی و حق انتخاب مراجع در ادامه یا توقف گفت‌وگو. / استفاده از زبان محترمانه، غیرقضاوت‌گر و فاقد برچسب‌زنی).

سایر ملاحظات اخلاق حرفه‌ای

توجه به استانداردهای اخلاقی مرتبط

- 1.01: Misuse of Psychologists' Work

- سوءاستفاده از خدمات روان‌شناسان

- 2.06 Personal Problems and Conflicts

- تعارضات و مشکلات شخصی

- 3.01 Unfair Discrimination3.01 Unfair Discrimination

- تبعیض غیرمنصفانه

- 4.01 Maintaining Confidentiality

- حفظ رازداری

تصویر کلی مسیر مداخله داوطلبانه

۱. ارتباط اولیه
۲. دسته‌بندی و غربالگری خطر
۳. مداخله اولیه متناسب
۴. ارجاع / پایان جلسه
۵. مراقبت از خود

ملاحظات در برقراری ارتباط اولیه با مراجعان

- ارتباط اولیه با رویکردی همدلانه، محترمانه و غیرقضاوت‌گرانه آغاز شود و هدف آن ایجاد احساس ایمنی و شنیده‌شدن باشد، نه مداخله عمیق درمانی.
- حدود نقش داوطلب، ماهیت مداخلات کوتاه‌مدت و رایگان بودن خدمات به‌صورت شفاف و ساده برای مراجع توضیح داده شود.
- از پرسش‌های باز، ساده و متناسب با ظرفیت هیجانی مراجع استفاده شود و از ورود زودهنگام به جزئیات آسیب‌زا پرهیز گردد.
- در همان تماس اولیه، ارزیابی اجمالی سطح خطر (خودکشی، آسیب به دیگران، آشفتگی شدید) انجام شود.
- سرعت و عمق گفت‌وگو متناسب با وضعیت روانی مراجع تنظیم شده و حق توقف یا ادامه گفت‌وگو برای مراجع محترم شمرده شود.

دسته‌بندی مشکلات مراجعان

- دسته‌بندی چه ضرورتی دارد؟
- اگرچه ارزیابی کمک‌های اولیه روان‌شناختی، برای همه مراجعان ضروری است، در عین حال، برای هرکدام از دسته‌بندی‌های زیر، مداخلات اختصاصی خاصی هم وجود دارد.

• دسته‌بندی‌ها

- تروما
- سوگ فردی
- همزمانی تروما و سوگ فردی (اولویت با تروما)
- مشکلات اضطرابی ناشی از شرایط اخیر
- افراد تحت تاثیر سوگ جمعی

با مراجعان غیر مرتبط با شرایط اخیر چکار کنیم؟

- ارجاع محترمانه

غربالگری خطر بالا

افکار خودکشی و آسیب به دیگران

- غربالگری خطر، بخشی از همان تماس اولیه است و باید پیش از ورود به مداخلات عمیق انجام شود.
- نشانه‌های خطر بالا شامل افکار یا نیت خودکشی، تهدید به آسیب به دیگران، آشفتگی شدید، قطع ارتباط با واقعیت یا ناتوانی در حفظ ایمنی است.
- به‌طور مستقیم، ساده و بدون القای ترس، درباره افکار خودکشی، آسیب به دیگران و احساس از دست دادن کنترل پرسش شود.
- در صورت وجود خطر بالا، اولویت با حفظ ایمنی مراجع است و ادامه مداخله معمول متوقف می‌شود.
- موارد خطر بالا نیازمند ارجاع فوری و ثبت دقیق اقدامات ایمن‌ساز در پرونده هستند.

تکنیک تضعیف شرم

- نمونه سوال:

- ” با توجه به تمام مشکلاتی که برایم گفתי آیا اخیراً این فکر را داشته‌ای که کاش تو این دنیا نبودم یا حتی برای لحظاتی به فکر خودکشی افتاده ای؟“

تکنیک ” عادی سازی“

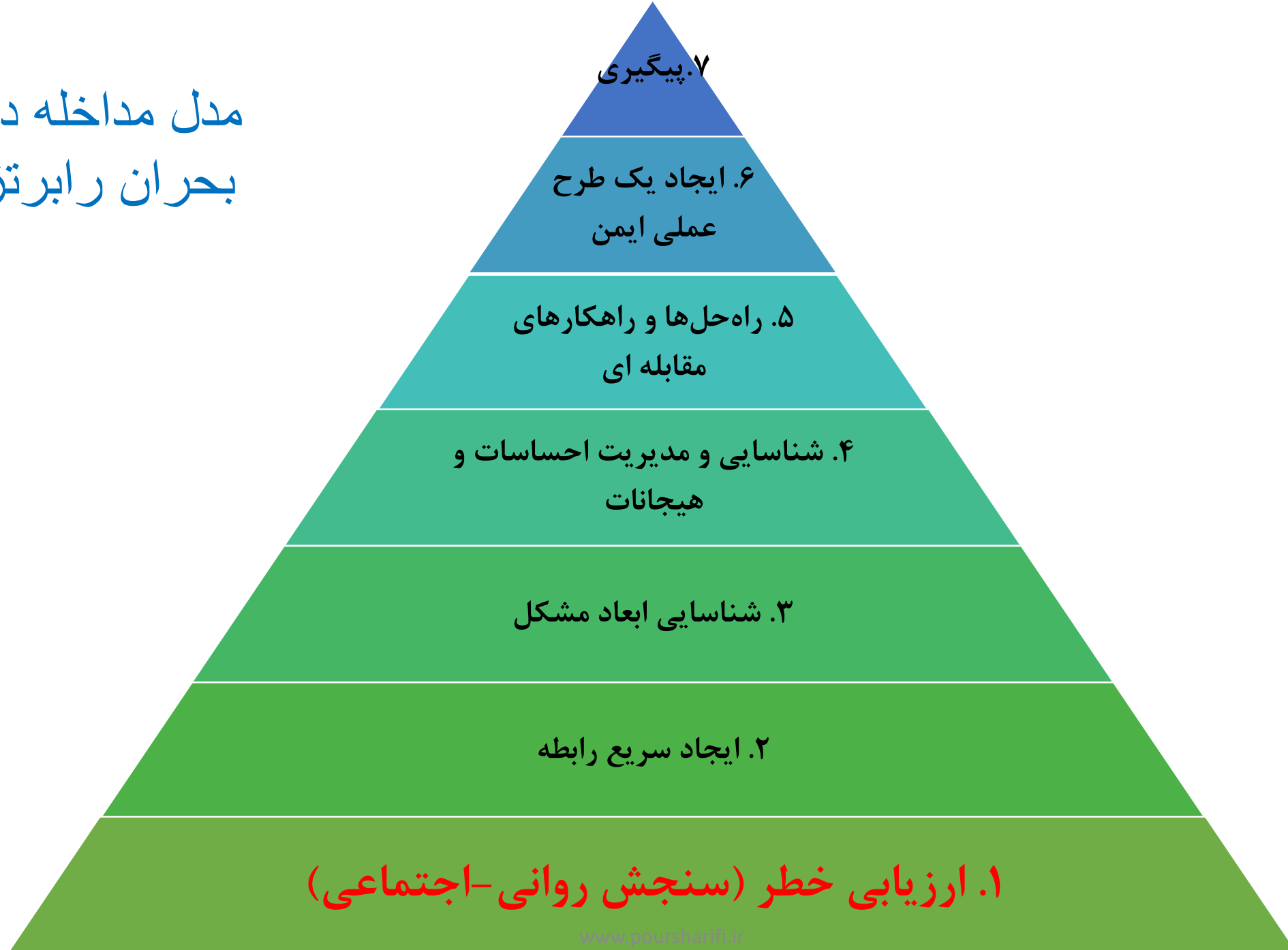
- نمونه سوال:

- وقتی آدم ها تحت فشار زیادی قرار می گیرند ، گاهی به این فکر می کنند که کاش تو این دنیا نبودم یا حتی لحظاتی به خودکشی فکر می کنند، شما چطور؟
- بعضی از مراجعین من می گویند، گاهی اوقات افسردگی و غم آنها چنان شدید است که فکر می کنند کاش تو این دنیا نبودم یا حتی به خودکشی فکر می کنند، شما چطور؟

مداخلات اولیه افکار خودکشی و آسیب به دیگران

۱. در صورتی که آموزش دیده‌اید از مداخله در بحران خودکشی (مثل مدل رابرتز) استفاده کنید.
۲. در صورت عدم آموزش، مداخلات اولیه و بعد ارجاع را انجام دهید (ارجاع را بدون مداخلات اولیه انجام ندهید).
۳. مداخلات اولیه بر اصول آشنا برای متخصصان سلامت روان استوار است؛ از جمله حفظ ایمنی، برقراری ارتباط همدلانه و کاهش برانگیختگی هیجانی.
۴. پرسش مستقیم، آرام و غیرقضاوت‌گرانه درباره افکار خودکشی یا آسیب به دیگران، بخشی از مداخله ایمن و حرفه‌ای تلقی می‌شود.
۵. تمرکز مداخله بر اینجا و اکنون، تقویت عوامل محافظ، و جلوگیری از اقدام فوری است، نه حل ریشه‌ای مشکلات.
۶. در صورت وجود خطر معنادار، اولویت با اقدامات ایمن‌ساز، فعال‌سازی حمایت‌های در دسترس و ارجاع فوری به خدمات تخصصی‌تر است.

مدل مداخله در بحران رابرتز



یادآوری هدف کلی مداخلات در این طرح

۱. کاهش برانگیختگی
۲. افزایش حس ایمنی
۳. معنا دادن اولیه
۴. تسهیل ارجاع

کمک‌های اولیه روان‌شناختی

- کمک‌های اولیه روان‌شناختی به‌عنوان چارچوب پایه مداخلات اولیه در بحران مورد توجه قرار می‌گیرد و هدف آن ایجاد احساس ایمنی، آرام‌سازی، حمایت عاطفی و تقویت منابع فرد است.
- متخصصان می‌توانند حسب آموخته‌های قبلی خود از اصول شناخته‌شده PFA مانند گوش‌دادن فعال، همدلی، پرهیز از قضاوت، و تمرکز بر نیازهای فوری استفاده کنند.
- در این طرح، انتظار اجرای کامل پروتکل‌های آموزشی PFA وجود ندارد و استفاده انعطاف‌پذیر و متناسب با وضعیت مراجع کفایت می‌کند.
- در صورت نیاز به مرور ساختارمند یا تعمیق دانش، داوطلبان می‌توانند به منابع معتبر مراجعه کنند.

مداخلات اولیه اختصاصی تروما

- در صورت وجود ملاک A اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، یعنی تجربه مستقیم تروما، شاهد بودن یا رخداد تروما برای افراد نزدیک فرد، با توجه به زمان سپری شده (بیش از یکماه)، لازم است حواسمان به احتمال PTSD باشد.
- در مداخلات اولیه روی تروما، از پرداختن به «تغییرات منفی در شناخت و خلق» خودداری می‌کنیم و فقط به سه خوشه «مزاحمت‌ها»، «برانگیختگی‌ها» و «اجتناب» می‌پردازیم.

مداخلات اولیه اختصاصی تروما

«مزاحمت‌ها»

- مزاحمت‌ها (افکار، تصاویر یا خاطرات ناخواسته) در تروما واکنشی شایع و قابل انتظار هستند و ابتدا لازم است به‌صورت عادی‌سازی‌شده برای مراجع توضیح داده شوند.
- تمرکز مداخله بر کاهش شدت و فراوانی مزاحمت‌ها و بازگرداندن حس کنترل به مراجع است، نه پردازش محتوای تروما.
- می‌توان از فنون ساده و آشنا مانند زمین‌گیری (grounding)، توجه به حواس، تنظیم تنفس و جهت‌دهی به زمان حال استفاده کرد.
- از ورود به بازگویی تفصیلی حادثه یا مواجهه عمیق در این مرحله پرهیز شود، زیرا ممکن است باعث تشدید علائم گردد.
- در صورت تداوم شدید مزاحمت‌ها یا اختلال جدی در عملکرد، ارجاع به درمان تخصصی تروما توصیه می‌شود.

مداخلات اولیه اختصاصی تروما

«اجتناب»

- اجتناب (شناختی، هیجانی یا رفتاری) واکنشی قابل انتظار در تروماست و در ابتدا با هدف حفظ ایمنی روانی شکل می‌گیرد؛ لذا لازم است بدون قضاوت عادی‌سازی شود.
- تمرکز مداخله بر افزایش تدریجی تحمل و حفظ کارکرد روزمره است، نه مواجهه مستقیم یا پردازش عمیق خاطرات تروماتیک.
- می‌توان مراجع را به انجام گام‌های کوچک و ایمن در بازگشت به فعالیت‌های روزمره تشویق کرد، بدون فشار یا شتاب‌زدگی.
- از تشویق به مواجهه ناگهانی یا بازگویی تفصیلی حادثه در این مرحله پرهیز شود.
- در صورت تثبیت اجتناب گسترده یا افت معنادار عملکرد، ارجاع به درمان تخصصی تروما توصیه می‌شود.

مداخلات اولیه اختصاصی تروما

«برانگیختگی»

- برانگیختگی بالا (بی‌قراری، گوش‌به‌زنگی، تنش جسمانی) واکنشی شایع پس از تروماست و ابتدا لازم است به‌عنوان پاسخ طبیعی بدن عادی‌سازی شود.
- هدف مداخله، کاهش سطح برانگیختگی و بازگرداندن حس کنترل جسمانی است، نه خاموش کردن کامل هیجان‌ها.
- می‌توان از فنون ساده و آشنا مانند تنظیم تنفس، آرام‌سازی تدریجی عضلات، توجه به حواس و کندسازی ریتم گفتار و بدن استفاده کرد.
- محیط مداخله باید تا حد امکان آرام، قابل پیش‌بینی و فاقد محرک‌های ناگهانی باشد.
- در صورت تداوم برانگیختگی شدید یا بروز علائم گسست، ارجاع به درمان تخصصی تروما توصیه می‌شود.

مداخلات اولیه اختصاصی سوگ فردی

- واکنش‌های هیجانی، شناختی و جسمانی سوگ به‌عنوان پاسخ‌های طبیعی به فقدان عادی‌سازی شوند و از آسیب‌شناسی زودهنگام پرهیز گردد.
- به مراجع کمک شود بین ارتباط با فقدان و ادامهٔ زندگی روزمره تعادل تدریجی برقرار کند، بدون فشار برای «فراموش کردن» یا «عبور سریع».
- بیان هیجان‌ها و روایت فقدان در حد تحمل مراجع تسهیل شود، بدون سوق‌دادن به بازگویی مکرر یا شدید.
- از تقویت اجتناب کامل، انزوا یا توقف طولانی فعالیت‌های روزمره پرهیز شود و بازگشت تدریجی به نقش‌ها تشویق گردد.
- در صورت تداوم علائم شدید، احساس گناه افراطی، ناتوانی پایدار در کارکرد یا افکار آسیب به خود، ارجاع به مداخلات تخصصی سوگ توصیه می‌شود.

منبعی برای دانش افزایی مرتبط با سوگ



مداخلات اختصاصی سوگ جمعی

- در سوگ جمعی، احساس درماندگی، بی‌انگیزگی، گناه بازماندگی و شرم، واکنش‌هایی قابل انتظار به رنجی با ریشه‌های اجتماعی هستند و ابتدا باید عادی‌سازی و معتبر شمرده شوند.
- لازم است به‌صراحت محدودیت مداخلات فردی در برابر علل اجتماعی سوگ جمعی بیان شود تا بار «درمان‌ناپذیری» از دوش مراجع برداشته شود.
- تمرکز مداخله بر حفظ کارکرد حداقلی، پیوند اجتماعی و مراقبت از خود باشد، نه بازگرداندن سریع انگیزه یا بهره‌وری.
- احساس گناه بازماندگی، به‌صورت غیرقضاوت‌گرانه بررسی شده و از تبدیل آن به خودسرزنش‌گری یا انفعال مزمن پیشگیری شود.
- تشویق به کنش‌های کوچک، معنادار و قابل‌دسترس (در حد فردی یا جمعی) می‌تواند به بازیابی حس عاملیت کمک کند، بدون ایجاد فشار اخلاقی برای «کاری کردن».

مداخلات اولیه اختصاصی مشکلات اضطرابی

- اضطراب در شرایط تهدید واقعی عادی‌سازی شود و از تلقی آن به‌عنوان «اغراق» یا صرفاً نشانه اختلال پرهیز گردد.
- تمرکز مداخله بر تفکیک تهدید واقعی از پیش‌بینی‌های فاجعه‌آمیز ذهنی و بازگرداندن توجه به «اینجا و اکنون» باشد.
- از فنون ساده تنظیم اضطراب مانند تنظیم تنفس، زمین‌گیری، محدودسازی استفاده از اخبار و بازگشت به روال‌های روزمره استفاده شود.
- به مراجع کمک شود بر حوزه‌های کنترل‌پذیر (مراقبت از خود، ارتباط، آمادگی‌های معقول) تمرکز کند و احساس درماندگی کاهش یابد.
- در صورت تشدید علائم، اختلال جدی در خواب و عملکرد، یا بازگشت حملات پانیک شدید، ارجاع به مداخلات تخصصی توصیه می‌شود.

کی ارجاع فوری لازم است؟

- در صورت وجود افکار خودکشی فعال، نیت یا برنامه مشخص، یا ناتوانی مراجع در تضمین ایمنی خود، ارجاع فوری ضروری است.
- مشاهده یا گزارش تهدید جدی آسیب به دیگران، از دست دادن کنترل تکانه‌ها، یا خطر قریب‌الوقوع، نیازمند ارجاع فوری است.
- وجود نشانه‌های آشفتگی شدید روانی مانند گسست از واقعیت، توهم، هذیان، یا بی‌قراری غیرقابل‌کنترل، مستلزم ارجاع فوری به خدمات تخصصی‌تر است.
- در صورتی که شدت علائم به‌گونه‌ای باشد که مداخلات اولیه کافی نباشد یا ظرفیت مداخله داوطلب فراتر رود، ارجاع توصیه می‌شود.
- هر زمان که متخصص نسبت به ایمنی مراجع یا دیگران تردید جدی بالینی داشته باشد، اصل احتیاط مقدم بوده و ارجاع فوری اولویت دارد.

ملاحظات مرتبط با ارجاع در موارد دارای فوریت

- در موارد خطر بالا (خودکشی، آسیب به دیگران، آشفته‌گی شدید یا ناتوانی در حفظ ایمنی)، ارجاع فوری در اولویت مطلق است و ادامهٔ مداخله داوطلبانه متوقف می‌شود.
- مسیر ارجاع باید روشن، عملی و متناسب با دسترسی مراجع (اورژانس، مراکز درمانی، خدمات تخصصی) باشد.
- اقدامات ایمن‌ساز انجام‌شده و تصمیم ارجاع به‌صورت مختصر در پرونده ثبت شود.
- اصل حفظ ایمنی بر تداوم رابطه درمانی یا رضایت لحظه‌ای مراجع مقدم است.

ملاحظات مرتبط با ارجاع در موارد خارج از فوریت

- از همان جلسات ابتدایی، محدودیت تعداد جلسات و ضرورت ارجاع آینده به صورت شفاف با مراجع مطرح شود.
- ارجاع به عنوان بخشی طبیعی از مسیر کمک حرفه‌ای معرفی شود، نه نشانه ناکامی یا رهاشدن.
- ترجیحاً مسیرهای ارجاع متناسب با نیاز بالینی، توان مالی و دسترسی مراجع پیشنهاد گردد.
- از ایجاد وابستگی یا ادامه غیررسمی ارتباط خارج از چارچوب طرح پرهیز شود.

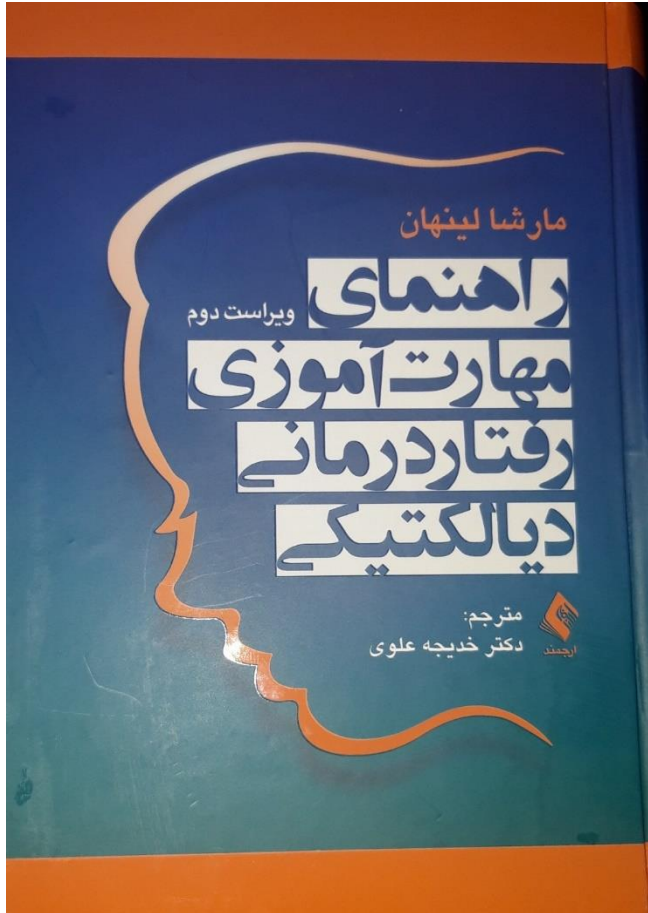
پایان جلسه و پیگیری

- جلسه با جمع‌بندی کوتاه، آرام و واقع‌بینانه از آنچه گفته و انجام شده است به پایان برسد و از دادن امیدهای غیرواقعی یا وعده‌های درمانی پرهیز شود.
- در صورت نیاز، توصیه‌های ساده و قابل اجرا برای فاصله بین جلسات ارائه شود، بدون ایجاد وابستگی یا مسئولیت‌پذیری فراتر از نقش داوطلب.
- در موارد لازم، مسیرهای ارجاع یا پیگیری به‌صورت شفاف و قابل فهم برای مراجع توضیح داده شود.
- پیگیری فقط در چارچوب طرح و ضوابط اعلام‌شده انجام می‌شود و ارتباط خارج از چارچوب حرفه‌ای مجاز نیست.
- پایان جلسه باید به‌گونه‌ای باشد که احساس احترام، ایمنی و بسته‌شدن مناسب گفت‌وگو برای مراجع حفظ شود.

ضرورت مراقبت از خودمان

- مواجهه مکرر با روایت‌های رنج، تروما و سوگ می‌تواند منجر به ترومای ثانویه، درماندگی اخلاقی و فرسودگی شود؛ توجه به مراقبت از خود، بخشی از مسئولیت حرفه‌ای است، نه امری شخصی یا تجملی.
- متخصصان لازم است حدود نقش و توان خود را بشناسند و از تعهد بیش‌ازحد یا در دسترس بودن مداوم پرهیز کنند.
- استفاده از حمایت همکاران در صورت احساس فشار روانی توصیه می‌شود.
- حفظ روال‌های پایه (خواب، تغذیه، استراحت، ارتباط) و فاصله‌گذاری ذهنی پس از جلسات ضروری است.
- در صورت بروز نشانه‌های پایدار فرسودگی یا آشفتگی، دریافت کمک حرفه‌ای اقدامی مسئولانه تلقی می‌شود.

معرفی یک منبع سودمند



- با توجه به وضعیت روان‌شناختی مراجعان شرایط اخیر، استفاده از مهارت‌های چهارگانه رفتار درمانی دیالکتیک، به ویژه برخی از مهارت‌های تحمل پریشانی مفید است.

در مسیر کمک‌های حرفه‌ای داوطلبانه، بهترین‌ها را آرزو مندیم

انجمن روان‌شناسی ایران
۲۱ بهمن ۱۴۰۴

www.iranpa.org