جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

شناسنامه و استاندارد خدمت

گروه درمانی با رویکردهایی مانند تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری، حمایتی و به ازای هر جلسه هر نفر در گروه های ۸ تا ۱۲ نفر (عمل مستقل)

۹۰۰۰۹۶

بهار ۱۴۰۱

تدوین کنندگان:

هیات بورد روانشناسی بالینی، روانپزشکان و روان درمانی

انجمن‌های علمی روانشناسی بالینی، روانپزشکان و روان درمانی

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران

مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها

تحت نظارت فنی:

دکتر سید موسی طباطبایی لطفی

دکتر ساناز بخشنده

دفتر ارزیابی فن آوری ، استانداردسازی و تعرفه سلامت

گروه تدوین استاندارد و تدوین راهنماهای سلامت

مقدمه:

اختلالات روانشناختی در تمام دنیا شیوع بالایی دارند و بار بالایی را بر جامعه و نظام سلامت تحمیل می‌کنند. برخی فراتحلیل‌ها نشان می‌دهند که حدود یک‌پنجم جمعیت دنیا در یک سال قبل از پژوهش دچار یکی از این اختلالات شایع روانی بوده‌اند و حدود ۳۰ درصد هم در طی عمر خود دچار این اختلالات می‌شوند. در مطالعه‌ای که با استفاده از پیمایش‌های سازمان جهانی بهداشت انجام شده است، شیوع اختلالات روانی در یک سال قبل از انجام پژوهش در چین ۷/۱ درصد، در ژاپن ۷/٤ درصد، در نیوزیلند ۲۰/۷ درصد، در فرانسه ۱۸/۹ درصد و در امریکا ۲۷ درصد بوده است. مطالعه جدیدی که درباره بار کلی بیماری‌های روانی و اختلالات اعتیادی انجام شده است نشان می‌دهد که در سال ۲۰۱٦، یک میلیارد نفر از جمعیت دنیا به این اختلالات مبتلا بوده‌اند. ۷ درصد از بار کلی بیماری‌ها که به صورت DALYs بیان می‌شود و ۱۹ درصد از تمام سال‌هایی را که با ناتوانی زندگی می‌شوند ایجاد می‌کنند. بیش‌ترین میزان DALY در هر دو جنس مربوط به افسردگی است که در زنان بیش‌تر است، در حالی که بعضی از اختلالات دیگر، مانند اختلالات مصرف مواد، در مردان شیوع بیش‌تری دارند.

در ایران، بر اساس پیمایش ملی سلامت روان، که در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ انجام شده، ۲۳/٦ درصد از جمعیت ۱۵ تا ٦٤ ساله کشور در یک سال پیش از پژوهش دچار حداقل یک اختلال روانی بوده‌اند. این میزان شیوع، کل اختلالات خفیف تا شدید را دربرمی‌گیرد و از کل افراد مبتلا ۳٤/۳ درصد مبتلا به اختلال شدید، ۲۹/۵ درصد دچار اختلال متوسط و ۳٦/۲ درصد دچار اختلال خفیف بوده‌اند. بر اساس نتایج نخستین مطالعه ملی بار بیماری‌ها که در سال ۱۳۸۲ انجام شده بود، گروه اختلالات روانی ۱٦ درصد از کل بار بیماری‌ها و آسیب‌ها را در کل گروه‌های سنی و جنسی به خود اختصاص می‌داد و بعد از حوادث و سوانح، دومین رتبه را داشت. در سه مطالعه، که در سال های ۱۳۷۸، ۱۳۸۰ و ۱۳۹۰ در ایران انجام شده‌اند، شیوع اختلالات روانشناختی به ترتیب ۲۱، ۱۷/۱۰ و ۲۳/٦درصد برآورد شده است. شیوع اختلالات در شهر تهران در این مطالعات در سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۷ و ۱۳۹۰ به ترتیب ۲۱/۵، ۳٤/۲ و ۳۹/٦ درصد بوده است.

شیوع برآورد شده برای اختلالات روانشناختی در مناطق مختلف دنیا تفاوت‌هایی با هم دارند و برای مثال، مطالعه‌ای شیوع یک ساله اختلالات روانشناختی در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا را، که ایران هم در این منطقه جای می‌گیرد، ۲٤/۷ درصد برآورد کرده است که نزدیک به نتیجه پیمایش ملی سلامت روان در ایران است.

اختلالات روانشناختی با روان‌درمانی و درمان‌های دارویی قابل درمان هستند و بر اساس پژوهش‌های متعدد این درمان‌ها قادرند علایم بیمار را کنترل کنند و از شدت بیماری و پی‌آمدهای آن بر زندگی فردی، بین‌فردی و اجتماعی فرد بکاهند. روان‌درمانی‌ها در درمان تمامی این اختلالات و نیز در پیش‌گیری از بروز یا عود اختلالات روانشناختی مؤثرند. در برخی از اختلالات روانشناختی، مانند اختلالات شخصیت، اختلالات جنسی، ترس های روانشناختی و اختلال خوردن ...، روان‌درمانی‌ها درمان اصلی محسوب می‌شوند، گرچه ممکن است درمان‌های دارویی نیز در کنار روان‌درمانی یا به طور موقت برای کاهش برخی علایم کاربرد داشته باشند. در گروه وسیعی از اختلالات روانشناختی، روان‌درمانی می‌توانند به‌تنهایی یا در ترکیب با درمان های داروئی به کار بروند. در گروهی دیگر از اختلالات که درمان دارویی ضرورت دارد و روان‌درمانی نمی‌تواند جایگزین درمان دارویی شود، بر اساس راهنماهای بالینی معتبر، در این اختلالات نیز روان‌درمانی‌ها برای بهبود تبعیت از درمان، بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت زندگی و نیز کاهش برخی از علایم این اختلالات نقشی برجسته دارند.

گروه‌درمانی یکی از شکل‌های روان‌درمانی است که در درمان اختلالات روانشناختی کاربرد دارد. ممکن است گروه‌های درمانی به شکل گروه‌های همگن برای درمان بیمارانی با مشکلات و اختلالات شبیه یکدیگر به کار برود. ممکن است گروه‌های درمانی ترکیبی ناهمگن، از نظر ویژگی‌های اعضای گروه یا اختلالات و مشکلات آنان، داشته باشند. در پاره‌ای از اختلالات ممکن است تعاملات و پویایی‌های درون‌گروهی کمک بیش‌تری به شناخت مشکلات و درمان آن‌ها کند. علاوه بر آن، گروه‌درمانی روشی است که می‌تواند هزینه کم‌تری برای بیماران در پی داشته باشد. گروه‌های درمانی ممکن است با رویکردهای نظری مختلف هدایت شوند و اغلب یک یا دو درمانگر دارند. مطالعات فراوان در زمینه اثربخشی گروه‌درمانی انجام شده است.

الف- عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

کتاب ارزش نسبی خدمات و مراقبت های سلامت سال ۱۴۰۱ **کد ۹۰۰۰۹۶**
گروه درمانی با رویکردهایی مانند تحلیلی، شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری، حمایتی به ازای هر جلسه هر نفر درگروه های ۸ تا ۱۲ نفر (عمل مستقل) تبصره الف : شایان ذکر است منظور از عبارات ذیل در متن به این شرح میباشد: - روانپزشکی: متخصص روانپزشک/ دستیاران روانپزشکی با نظارت اعضا هیات علمی در مراکز آموزشی - روانشناسی بالینی : دکترای تخصصی(PHD) روانشناسی بالینی/ دانشجویان PHD روانشناسی بالینی با نظارت اعضا هیات علمی در مراکز آموزشی - روانشناسی سلامت: فعالیت دانشجویان (پس از قبولی در آزمون جامع) با نظارت اعضا هیات علمی در مراکز آموزشی و دانش آموختگان دوره روانشناسی سلامت (PHD) مشروط به تایید صلاحیت حرفه ای توسط کمیسیون ملی تعیین صلاحیت شاغلان حرف پزشکی و وابسته میباشد.

ب- تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

۱- گروه‌درمانی نوعی از رواندرمانی است که در آن با به کار بردن نظریه‌ها و فنون رواندرمانی در بافت گروه‌های کوچک و در زمینه پویایی‌های گروهی به درمان افراد دچار مشکلات بین‌فردی یا اختلالات روانشناختی می‌پردازند.

۲- این خدمت می‌تواند در عرصه‌های سرپائی یا جامعه نگر، بستری (بخش و بیمارستان عمومی یا روان‌پزشکی یا مراکز نگه‌داری و بازتوانی)، در بخش دولتی، عمومی غیردولتی یا خصوصی و یا خیریه و موقوفه انجام شود.

۳- زمان لازم برای انجام این خدمت به طور متوسط ٦٠ دقیقه است.

٤- در برخی مشکلات و اختلالات، رواندرمانی روش اصلی درمان است. در این موارد درمان های داروئی جایگزین رواندرمانی نمی شوند، اما ممکن است به عنوان درمان کمکی یا علامتی در کنار رواندرمانی کاربرد داشته باشند.

۵- در برخی دیگر از اختلالات و مشکلات، برحسب تشخیص و شدت اختلال یا مشکل بیمار و براساس تشخیص درمانگر صاحب صلاحیت لازم، رواندرمانی میتواند به عنوان درمان اصلی بکار گرفته شود.

۶ـ در برخی از اختلالات روانشناختی (مانند اختلالات روان پریشی، اختلال دوقطبی، شکل شدید اختلالاتی مانند افسردگی عمده و اختلال وسواسی- اجباری، و اختلالاتی که با آسیب رساندن به خود یا دیگری و عدم پیگیری درمان به دلیل علایم بیماری همراه است)، درمان دارویی و سایر درمان‌های زیست‌شناختی درمان اصلی است. در این موارد، روان‌درمانی‌ها نمی‌توانند جایگزین درمان زیست‌شناختی یا دارویی باشند، اما ممکن است به عنوان درمان کمکی یا علامتی در کنار آن درمان‌ها کاربرد داشته باشند. در این موارد تشخیص ضرورت درمان های داروئی و زیست شناختی بر عهده درمانگر صاحب صلاحیت است.

۷ـ در برخی از اختلالات روانشناختی،(مانند اختلالات روان پریشی، اختلال دوقطبی، شکل شدید اختلالاتی مانند افسردگی عمده و اختلال وسواسی- اجباری، و اختلالاتی که با آسیب رساندن به خود یا دیگری و عدم پیگیری درمان به دلیل علایم بیماری همراه است). درمان دارویی و سایر درمان‌های زیست‌شناختی درمان اصلی است. در این موارد، رواندرمانی و گروه‌درمانی نمی‌تواند جایگزین درمان زیست‌شناختی یا دارویی باشند، اما ممکن است به عنوان درمان کمکی یا علامتی در کنار آن درمان‌ها کاربرد داشته باشد.

۸ـ گروه‌درمانی برحسب بیمار، بیماری و شرایط خاص هر کدام ممکن است با استفاده از نظریه‌های مختلف و با رویکردهای مختلف انجام شود.

۹ـ این خدمت شامل انواع گروه‌درمانی با رویکردهای مختلف، مانند و نه محدود به شناختی، رفتاری، شناختی- رفتاری و حمایتی، تحلیلی و همین طور گروه‌های آموزش روانشناختی خانواده‌ها (Family Psychoeducation) یا آموزش روانشناختی گروهی بیماران (Patient Group Psychoeducation) و آموزش مدیریت رفتار ویژه ی والدین (Parent Management Training) می‌شود.

- آموزش روانشناختی خانواده، با رعایت اصل رازداری حرفه ای و متناسب با شرایط و سن بیمار انجام می شود. انجام آموزش روانشناختی خانواده، در بیماران صاحب صلاحیت برای رضایت آگاهانه (با توجه به سن، نوع اختلال و بینش فرد به آن) مشروط به رضایت آگاهانه بیمار و در بیماران فاقد صلاحیت برای رضایت آگاهانه (با توجه به سن، نوع اختلال و بینش فرد به آن) با رعایت سایر شرایط و ملاحظات اخلاق حرفه ای انجام می شود.

پ- اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری:

پس از ارزیابی اولیه توسط روانشناسی بالینی/ روانشناسی سلامت یا روانپزشک ارائه ی این خدمت بر حسب تقسیم بندی زیر متفاوت است:

الف- مواردی که در آن مداخلات تشخیصی، درمانی پزشکی و روان‌پزشکی جنبه ضروری و حیاتی دارد.

۱ـ بیمارانی که علایم «حاد و شدید» اختلال روانشناختی را نشان می‌دهند که طبق منابع علمی معتبرو راهنماهای بالینی، مداخلات تشخیصی و درمانیِ پزشکی و روان‌پزشکی به صورت اورژانسی و شاید بستری در آنان ضرورت دارد:

- مانند احتمال خودکشی یا آسیب جدی به خود یا دیگران، عدم توانایی در رسیدگی به وضع سلامت و پیگیری درمان، اختلالات خوردن که با مشکلات طبی ناشی از آن همراه باشد، بیش‌مصرف و مسمومیت با مواد

۲ـ بیمارانی که علایم روانی آنان ممکن است به دلیل مشکلات «طبی و جسمی» باشد:

- مانند علایم روانی و رفتاری ناشی از مشکلات تیروییدی یا سایر مشکلات غدد درون‌ریز یا مشکلات نورولوژیک، داخلی و امثال آن

۳ـ سابقه موارد فوق در گذشته که به دلیل احتمال تکرار آن مستلزم توجه پزشکی است.

ب‌ـ مواردی که درمان زیست‌شناختی (دارویی یا سایر درمان‌های زیست‌شناختی) بخش ضروری درمان بیماران است.

۱ـ بیمارانی که دچار «اختلالات شدید روانی» هستند و طبق منابع علمی معتبرو راهنماهای بالینی، اقدامات درمانی دارویی یا سایر درمان‌های زیست‌شناختی در آنان ضرورت دارد:

- مانند انواع روان‌پریشی (اسکیزوفرنیا، اختلال اسکیزوافکتیو و اختلال افسردگی عمده همراه با علایم روان‌پریشی)، اختلال دوقطبی و وابستگی جسمی به مواد

۲ـ «شکل شدید اختلالات روانشناختی» که طبق منابع علمی معتبر و راهنماهای بالینی، درمان دارویی در آنان (با یا بدون روان‌درمانی) ضرورت دارد:

- مانند افسردگی عمده ی شدید، اختلال وسواسی‌ـ اجباری شدید و سایر اختلالات روانشناختی در شکل شدید که روان‌درمانی به تنهایی برای آن کافی نیست.

۳ـ سابقه اختلالات شدید، یا اشکال شدید اختلالات روانشناختی در گذشته که مداخلات و درمان‌های زیست‌شناختی در آنان «ضرورت» پیدا کرده و احتمال تکرار آن وجود دارد.

پ‌ـ مواردی که روان‌درمانی به تنهایی می‌تواند درمان انتخابی بیمار باشد.

اختلالاتی که طبق منابع علمی معتبر و راهنماهای بالینی، رواندرمانی می تواند درمان انتخابی بیمار باشد:

- مانند اختلال افسردگی عمده خفیف تا متوسط، اختلال وسواسی‌ـ اجباری خفیف تا متوسط و سایر اختلالاتی که روان‌درمانی با یا بدون درمان زیست‌شناختی برای آن کاربرد دارد..

ت‌ـ مواردی که درمان انتخابی و مداخله اولیه برای بیمار یا مراجع، روان‌درمانی است.

۱ـ اختلالات روانشناختی که طبق منابع علمی معتبر و راهنماهای بالینی، درمان اصلی و اولیه این گروه، روان‌درمانی است (در صورت عدم وجود هم‌ابتلایی با گروه‌های الف و ب)

- مانند اختلالات شخصیت، بخش عمده‌ای از اختلالات جنسی، اختلالات خوردن و مانند آن

۲ـ مشکلاتی که باید مورد «توجه بالینی» باشند و مداخلات اولیه برای این مراجعان، مداخلات روان‌درمانی است (در صورت عدم وجود اختلالات یا مشکلات گروه‌های بالاتر)

- مانند ویژگی‌های شخصیتی مشکل‌آفرین، اختلالات ارتباطی، مسایل و مشکلات با همسر، خانواده و روابط صمیمی

۱ـپ‌ـ ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

۱ـ با توجه به این که امکان دارد مراجعه اولیه فرد به هر یک از گروه‌های ارایه‌دهنده ی خدمت روان‌درمانی باشد، درمانگری که فرد به او مراجعه داشته و ارزیابی اولیه را انجام داده است، باید وضعیت بیمار را برحسب گروه‌بندی فوق تعیین و در صورت نیاز به درمانگران مشخص شده برای هر گروه ارجاع دهد و در صورت عدم انجام این کار، در قبال آن مسؤولیت قانونی دارد.

۲ـ اگر بیمار در طی فرایند گروه درمانی علایمی داشته باشد که گروه تشخیصی و اجرای مداخلات او را تغییر دهد، در این شرایط، روان‌درمان‌گری که در حال ارائه مداوم خدمات روان درمانی است مسؤول تشخیص این امر و ارجاع به متخصص مربوطه است و در صورت عدم انجام این کار، در قبال آن مسؤولیت قانونی دارد.

گروه الف و ب

در این دو گروه اقدامات زیر باید توسط روان‌پزشک انجام شوند:

۱ـ بررسی طبی و روان‌پزشکی، شامل معاینات یا بررسی‌های طبی لازم، ارزیابی‌های تشخیصی طبی (آزمایشگاهی، تصویربرداری)، در صورت لزوم، مشاوره‌های پزشکی با متخصصان رشته‌های دیگر پزشکی

۲ـ طرح‌ریزی درمان و مطرح کردن با بیمار (و در صورت نداشتن صلاحیت تصمیم‌گیری توسط بیمار به دلیل سن پایین یا مشکلات جدی در قضاوت و کفایت، تصمیم‌گیری با خانواده بیمار) (فقط گروه الف۹)

گروه پ و ت

در این گروه اقدامات زیر باید توسط روان‌شناسی بالینی، روانشناسی سلامت یا روان‌پزشک انجام شود:

۱ـ اخذ شرح حال از بیمار و در صورت نیاز خانواده، بررسی وضعیت روانی (Mental Status Examination) و سایر ارزیابی‌های روانی لازم

۲ـ روانشناسی بالینی، روانشناسی سلامت در صورت نیاز بیمار به دریافت درمان دارویی همزمان با روان درمانی گروهی، نامبرده را به روانپزشک ارجاع می‌دهد.

۳ـ طرح ریزی درمان و مطرح کردن با بیمار(و در صورت نداشتن صلاحیت تصمیم گیری توسط بیمار به دلیل سن پایین یا مشکلات جدی در قضاوت و کفایت، تصمیم گیری با بستگان اصلی و کلیدی بیمار)

۲ـپ ـ ارزیابی حین انجام پروسیجر

۱- ممکن است ضرورت داشته باشد که به طور هم‌زمان و در کنار گروه درمانی، نوع دیگری از خدمت یا درمان، مانند مصاحبه و معاینه تشخیصی روانپزشکی، روان درمانی فردی، زوج درمانی، سکس تراپی و خانواده درمانی؛ و اقدامات فوریتی مانند بستری نیز برای بیمار انجام شود؛ بنابراین:

- اگر بیمار توسط روانپزشک درمان می‌شود، انجام «مصاحبه و معاینه تشخیصی روانپزشکی» می‌تواند توسط خود درمانگر یا روانپزشک دیگری انجام شود.

تبصره: در صورتی که «مصاحبه و معاینه تشخیصی روانپزشکی» توسط خود درمانگر انجام می‌شود، امکان گزارش کد «مصاحبه و معاینه تشخیصی روانپزشکی » (۹۰۰۰٤٥) و کد گروه درمانی (۹۰۰۰۹٦) در یک روز وجود ندارد.

- اگر بیمار توسط روانشناسی بالینی یا روانشناسی سلامت درمان می‌شود و جهت مصاحبه و معاینه تشخیصی روانپزشکی به روانپزشک ارجاع می گردد در این مورد، امکان گزارش همزمان کد «مصاحبه و معاینه تشخیصی روانپزشکی» (۹۰۰۰٤٥) و کد گروه درمانی (۹۰۰۰۹٦) در یک روز وجود دارد.
- در صورت نیاز به انجام همزمان سایر خدمات ذکر شده در کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، مانند کد «مصاحبه و معاینه تشخیصی روانپزشکی» (۹۰۰۰٤٥)، روان درمانی فردی (۹۰۰۰٥۰ یا ۹۰۰۰٥۱) و «خانواده درمانی، زوج درمانی، درمان زناشویی و سکس تراپی » (کد ۹۰۰۰۹۱ یا ۹۰۰۰۹۳)، هریک از این خدمات می توانند در همان روز، با رعایت استانداردها و شرایط و زمان هرکدام، به طور جداگانه و توسط همان درمانگر یا درمانگر دیگری ارائه و گزارش شوند. در هر صورت، مسئولیت ارجاع و درمان بیمار به عهده رواندرمانگر اصلی است.

۲- ویزیت سرپایی با این کد قابل گزارش و اخذ نمیباشد.

۳ـپ‌ـ ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

کاربردی ندارد.

٤ـپ‌ـ کنترل عوارض جانبی انجام پروسیجر

کاربردی ندارد

ت‌ـ تواتر ارائه خدمت (تعداد دفعات مورد نیاز/ فواصل انجام)

طول مدت درمان برای هر بیمار، بر اساس شرایط او، نوع اختلال و نیز نوع گروه درمانی به کار رفته، متفاوت است. بنابراین برخی از انواع گروه درمانی، مانند گروه درمانی شناختی-رفتاری برای مبتلایان به اختلال پانیک ممکن است دوره درمان کوتاه مدتی داشته باشد، در حالی که گروه درمانی تحلیلی که در آن اعضا با تشخیص های مختلف روان شناختی به خصوص با نوعی از اختلال شخصیت شرکت می کنند نیازمند درمان طولانی تری می باشد .

فاصله میان جلسات بر اساس نوع اختلال، نوع گروه درمانی به کار رفته و شرایط بیمار متفاوت است به طوری که از یک هفته در میان تا سه بار در هفته می تواند متغیر باشد.

بر اساس شواهد علمی تواتر جلسات رواندرمانی برحسب اختلال بیمار، نظر رواندرمانگر، رویکرد درمانی و همین طور در مراحل مختلف درمان متغیر است. فاصله جلسات درمان بر حسب اختلال و رویکرد درمانی ، و همین طور در مراحل مختلف درمان متفاوت است. ممکن است نیاز به بیش از یک جلسه در هفته باشد، اما به هر حال و به طور معمول، در طی دور اصلی رواندرمانی دست کم یک بار در هفته برگزار میشود .در مراحل پایانی درمان، برحسب شرایط بیمار و با تشخیص درمانگر،ممکن است فواصل جلسات به تدریج بیشتر شود.

ث- افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (order) خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

۱- روان‌شناسی بالینی

۲- روانشناسی سلامت

۳- روان‌پزشک

طبق تبصره الف

ج- افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

۱- روان‌شناسی بالینی

۲- روانشناسی سلامت

۳- روان‌پزشک

طبق تبصره الف

چ- عنوان و سطح تخصص‌های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه‌کننده خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	تعداد موردنیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر خدمت	میزان تحصیلات مورد نیاز	سابقه کار و یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم	نقش در فرایند ارائه خدمت
۱	-	—	—	—	—

ح- استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

(در صورت نیاز به دو یا چند فضای مجزا با ذکر مبانی محاسباتی مربوط به جزئیات زیرفضاها بر حسب متر مربع و یا برحسب بیمار و یا تخت ذکر گردد)

۱- این خدمت می‌تواند در عرصه‌های سرپائی یا بستری اعم از (بخش و بیمارستان عمومی یا روان‌پزشکی یا مراکز نگه‌داری و بازتوانی) در بخش دولتی/ عمومی غیردولتی / خصوصی/ خیریه و موقوفه (درمانگاه/کلینیک / مطب)، انجام شود.

۲- انجام این خدمت در شرایط بستری و سرپایی ، در شرایط خصوصی و به طور گروهی با فضای مناسب برای نشستن اعضای گروه و درمانگر (یا درمانگران) و بدون حضور افراد دیگر انجام می‌شود.

خ- تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای به ازای هر خدمت:

ندارد.

د- داروها، مواد و لوازم مصرفی پزشکی جهت ارائه هر خدمت:

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)
۱	—	—

ذ- استانداردهای ثبت:

(شامل گزارش نتایج درمانی و ثبت در پرونده بیمار و بررسی‌های حین درمان از جمله سوابق بیمار و تلفیق دارویی)

۱- یادداشت سیر روان‌درمانی (progress note):

ثبت اطلاعات تاریخ برگزاری جلسه، ارزیابی اولیه، شرح حال دارای اهمیت بالینی (دارا بودن افکار خودکشی/ دگرکشی یا اقدام به خودکشی)، گزارش علایم و وضعیت افراد، تشخیص، برنامه درمان و سیر گروه درمانی به شکل «یادداشت سیر گروه درمانی» در پرونده روان‌پزشکی یا روان‌شناختی اعضای گروه انجام می‌شود.

۲- یادداشت فرایند گروه‌درمانی (process note):

با توجه به لزوم حفظ رازداری درباره محتوای جلسات، در مواردی که برای اهدافی، مانند نظارت بالینی، نیاز به ثبت جزییات محتوای جلسات و فرایند گروه درمانی است، این موارد باید جدا از پرونده روان‌پزشکی یا روان‌شناختی بیماران ثبت شود و مسؤولیت حفظ آن برعهده درمانگر بیمار است.

۳- حفظ رازداری:

پرونده روان‌پزشکی یا روان‌شناختی بیماران باید به گونه‌ای نگاه‌داری یا بایگانی شود که به طور کامل رازداری و محرمانگی اطلاعات افراد حفظ شود.

در مواردی که درمانگر به طور مستقل فعالیت دارد، حفظ رازداری و امنیت نگه‌داری اطلاعات بیماران برعهده درمانگر است.

- در مواردی که درمانگر بیماران را تحت نظارت بالینی فردی دیگر درمان می‌کند یا گروه‌درمانی در مرکز یا درمانگاه یا بیمارستان انجام می‌شود، علاوه بر درمانگر مستقیم بیمار یا مراجع، ناظر بالینی (clinical supervisor) و مسؤول فنی و مدیر مرکز، درمانگاه یا بیمارستان نیز در حیطه وظایف خود مسؤول حفظ امنیت محتوای پرونده، و رازداری و محرمانگی اطلاعات جلسات افراد هستند.در مواردی که درمانگر به طور مستقل فعالیت دارد، حفظ رازداری و امنیت نگه‌داری اطلاعات بیمار برعهده درمانگر است.
- در مواردی که درمانگر بیمار را تحت نظارت بالینی فردی دیگر درمان می‌کند یا گروه‌درمانی در مرکز یا درمانگاه یا بیمارستان انجام می‌شود، علاوه بر درمانگر مستقیم بیمار یا مراجع، ناظر بالینی (clinical supervisor) و مسؤول فنی و مدیر مرکز، درمانگاه یا بیمارستان نیز در حیطه وظایف خود مسؤول حفظ امنیت محتوای پرونده، و رازداری و محرمانگی اطلاعات جلسات بیمار هستند.

ر- اندیکاسیون‌های دقیق جهت تجویز خدمت:

(ذکر جزئیات مربوط به ضوابط پاراکلینیکی و بالینی مبتنی بر شواهد و نیز تعداد مواردی که ارائه این خدمت در یک بیمار، اندیکاسیون دارد)

۱- پژوهش‌های فراوان اثربخشی گروه درمانی را، به عنوان یکی از شکل‌های ارایه روان‌درمانی، در انواع مشکلات و اختلالات روانشناختی، به عنوان درمان اصلی، یا درمان هم‌راه یا کمکی، نشان داده‌اند.

۲- روان‌درمانی‌ها در اختلالات و مشکلات روانی زیر کاربرد دارند:

- اختلالات رشدی عصبی.
- طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روان‌پریشانه.
- اختلال دوقطبی و اختلالات مرتبط.
- اختلالات افسردگی.
- اختلالات اضطرابی.
- اختلال وسواسی- جبری و اختلالات مرتبط.
- اختلالات مرتبط با تروما و عوامل استرس‌زا.
- اختلالات تجزیه‌ای.
- اختلال علایم جسمی و اختلالات مرتبط.
- اختلالات تغذیه و خوردن.
- اختلالات دفعی.
- اختلال خواب- بیداری.
- کژکاری‌های جنسی و اختلالات عملکرد جنسی.
- نارضایتی جنسی
- اختلالات پارافیلیک.
- اختلالات کنترل تکانه، رفتارهای ایذایی و سلوک.
- اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد.
- اختلالات عصب‌شناختی مرتبط با روان‌پزشکی.
- اختلالات شخصیت.
- سایر اختلالات روانشناختی و شرایطی که ممکن است کانون توجه بالینی قرار گیرند، مانند:
  - مشکلات ارتباطی.
  - مشکلات مرتبط با مسایل تربیتی خانواده.
  - سایر مشکلات مرتبط با گروه حمایتی اصلی.
  - سوءرفتار و غفلت.

- کودک‌آزاری و غفلت از کودک.
- بدرفتاری، غفلت و خشونت خانگی.
- بدرفتاری بین‌فردی.
- مشکلات تحصیلی و شغلی.
- سایر مشکلات مرتبط با شرایط اجتماعی، تبهکاری و رفتارهای ضداجتماعی.

- بحران‌های بین‌فردی.
- بحران‌های فردی و اورژانس‌ها (مثل خودکشی یا آسیب زدن به خود یا دیگران).
- حوادث و بلایای طبیعی، جنگ و مانند آن.

ز- شواهد علمی در خصوص کنترااندیکاسیون‌های دقیق خدمت:

هیچ کنتراندیکاسیونی ندارد.

ژ- مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

۱- زمان لازم برای انجام این خدمت، به طور متوسط، یک ساعت است.

۲- طول مدت درمان و همین‌طور فاصله بین جلسات برای هر بیمار، بر اساس شرایط او، نوع اختلال و هم‌چنین نوع گروه‌درمانی به‌کاررفته، متفاوت است و توسط درمانگر مسؤول تعیین می‌شود.

	عنوان تخصص	میزان تحصیلات	مدت زمان مشارکت در فرایند ارائه خدمت	نوع مشارکت در قبل، حین و بعد از ارائه خدمت
۱	روان‌پزشکی	طبق تبصره الف	٦٠ دقیقه (بطور متوسط)	۱- تجویزکننده ۲- ارائه دهنده
۲	روان‌شناسی بالینی	طبق تبصره الف	٦٠ دقیقه(بطور متوسط)	۱- تجویزکننده ۲- ارائه دهنده
۳	روان‌شناسی سلامت	طبق تبصره الف	٦٠ دقیقه (بطور متوسط)	۱- تجویزکننده ۲- ارائه دهنده

س- مدت اقامت در بخش‌های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

۱- این خدمت به شکل سرپایی، بستری و در عرصه جامعه (و عمدتاً در شرایط غیربستری) انجام می‌شود.

۲- در مواردی که بیمار بستری باشد، مدت اقامت بیمار در بخش‌های بستری بر اساس شرایط هر بیمار به طور انفرادی برای او تعیین می‌شود و مستقل از برنامه گروه‌درمانی او است.

ش- موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:

(موارد آموزشی که باید به بیمار - همراه - به صورت شفاهی، کتبی در قالب فرم آموزش به بیمار، پمفلت آموزشی، CD و ... آموزش داده شود تا روند درمان را تسریع نموده و از عوارض ناشی از درمان جلوگیری نماید)

۱- پس از انجام ارزیابی توسط درمانگر، ارایه صورت‌بندی (case formulation) یا مفهوم‌سازی (case conceptualization) مشکل بیمار، طرح پیشنهادی درمان و درمان‌های جایگزین، تواتر جلسات هم‌راه با قوانین، کاربردها و محدودیت‌های هر درمان، با زبان قابل‌درک برای بیمار، به او ارایه می‌شود. شروع درمان بر اساس رضایت آگاهانه بیمار خواهد بود.

- در مواردی مانند سن پایین بیمار یا عدم وجود بصیرت به بیماری (مثلاً در موارد علایم شدید اختلال روانی یا روان‌پریشی‌هایی که قضاوت و تصمیم‌گیری بیمار را مختل می‌کند)، شروع درمان با رضایت آگاهانه قیم یا بستگان اصلی بیمار خواهد بود.

۲- برحسب نوع مشکل یا اختلال، و رویکرد درمانی به‌کاررفته، ممکن است در طی درمان از مواد آموزشی، کتاب‌ها یا تکالیف نوشتاری یا رفتاری نیز استفاده شود.

۳- در صورتی که بیمار به طور همزمان و در سیر گروه درمانی، به نوع دیگری از خدمت یا درمان مانند مصاحبه و معاینه تشخیصی روانپزشکی، روان درمانی فردی، زوج درمانی، سکس تراپی، خانواده درمانی و یا اقدامات اورژانسی مانند بستری نیاز پیدا کند، درمانگر در این خصوص (نوع اختلال، درمانهای موجود و پیشنهادهای درمانی) آموزش و اقدام لازم را جهت بیمار ارائه می دهد.

منابع:

- رحیمی موقر آ.، شریفی و.، متولیان س. ع.، امین‌اسماعیلی م.، حاجبی ا.، راد گودرزی ر.، و حفاظی م. پیمایش ملی سلامت روان (۱۳۸۹ـ۱۳۹۰). انتشارات مهرسا. ۱۳۹٤.
- سازمان جهانی بهداشت. برنامه عملیاتی شکاف در سلامت روان ـ راهنمای مداخله برای اختلالات روانشناختی، عصبی و مصرف موارد در ساختار غیرتخصصی نظام سلامت. نوربالا ا.ع.، حاجبی ا.، باقری یزدی س.م.، و بوالهری س.ج. (مترجمان). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۹٤.
- شورای عالی برنامه‌ریزی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. مشخصات کلی، برنامه درسی و سرفصل دروس دوره دکتری رشته روان‌شناسی گرایش سلامت. ۱۳۸۰.
- شورای عالی برنامه‌ریزی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. مشخصات کلی، برنامه و سرفصل دروس دوره دکتری روان‌شناسی بالینی. ۱۳۷۵.
- شورای عالی برنامه‌ریزی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. مشخصات کلی، برنامه و سرفصل دروس دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. ۱۳۷۱.
- شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. برنامه آموزشی دوره دکتری تخصصی (PhD) رشته روان‌شناسی بالینی. ۱۳۹۱.
- شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. برنامه آموزشی دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته رشته روان‌شناسی بالینی. ۱۳۸۹.
- شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. برنامه آموزشی دوره کارشناسی ارشد ناپیوسته رشته روان‌شناسی سلامت. ۱۳۹۳.
- نوربالا ا.ع.، دماری ب.، و ریاضی اصفهانی س. بررسی روند شیوع اختلالات روانشناختی در ایران. دوماه‌نامه دانشور پزشکی، پیاپی ۱۱۲. شهریور ۱۳۹۳.
- Barlow D. Clinical Handbook of Psychological Disorders, Fourth Edition: A Step-by-Step Treatment Manual. The Guilford Press. 2007.
- Bieling P.J., McCabe R.E., and Antony M.M. Cognitive-Behavioral Therapy in Groups. The Guilford Press. 2006.
- Consoli A.J., Beutler L.E., and Bongar B. Comprehensive Textbook of Psychotherapy: Theory and Practice. 2nd Edition. Oxford University Press. 2017.
- Gabbard G.O. Textbook of Psychotherapeutic Treatments in Psychiatry. American Psychiatric Publishing, Inc. 2008.
- Gabbard G.O., Beck J.S., and Holmes J. Oxford Textbook of Psychotherapy. Oxford University Press. 2005.
- Garland C. The Groups Book: Psychoanalytic Group Therapy: Principles and Practice, with The Groups Manual: A Treatment Manual, with Clinical Vignettes. Karnac Books. 2010.
- Rehm J. and Shield K.D. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. Curr Psychiatry Rep 2019 Feb 7;21(2):10.

- Rutan J.S., Stone W.N., and Shay J.J. Psychodynamic Group Psychotherapy. The Guilford Press. 2014.
- World Health Organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings (Version 2.0). 2016.
- White J.R. Freeman A.S. Cognitive-Behavioral Group Therapy for Specific Problems and Populations. American Psychological Association. 2000.

بسمه تعالی

مدت زمان ارائه		۶۰ دقیقه متوسط
تواتر خدمتی	فواصل انجام	فواصل جلسات به نظر درمانگر و بر اساس شرایط بیمار تعیین می‌گردد، به طور میانگین دو بار در هفته
	تعداد دفعات مورد نیاز	بر حسب شرایط متفاوت است
محل ارائه خدمت		عرصه‌های سرپائی یا بستری اعم از (بخش و بیمارستان عمومی یا روان‌پزشکی یا مراکز نگه‌داری و بازتوانی) در بخش دولتی/ عمومی غیردولتی / خصوصی/ خیریه و موقوفه (درمانگاه/کلینیک / مطب)، انجام شود.
شرط تجویز	کنترا اندیکاسیون	ندارد
	اندیکاسیون	۱- اختلالات و مشکلات روانی ۲- سایر اختلالات روانشناختی و شرایطی که ممکن است کانون توجه بالینی قرار گیرند به تفصیل در بند «ر» آمده است.
ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت		۱- - روان‌شناسی بالینی ۲- روانشناسی سلامت ۳- روان‌پزشک طبق تبصره الف
افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز		۱- - روان‌شناسی بالینی ۲- روانشناسی سلامت ۳- روان‌پزشک طبق تبصره الف
کاربرد خدمت	سرپایی	بله (دارد)
	بستری	بله (دارد)
کد RVU		۹۰۰۰۹۶
عنوان استاندارد		گروه درمانی با رویکردهایی مانند شناختی، رفتاری، شناختی-رفتاری، حمایتی وتحلیلی به ازای هر جلسه هر نفر درگروه های ۸ تا ۱۲ نفر (عمل مستقل)