

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

روانشناسی جامعه‌نگر





عنوان و نام پدیدآور	روانشناسی جامعه‌نگر/تالیف محبوبه دادفر... او دیگران؛ [برای] بیمارستان فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء.
مشخصات نشر	تهران: میرماه، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری	۱۱۲ ص: مصور (بخشی رنگی).
شابک	۷۳۵۰۰ ریال: ۶-۱۰۰-۳۳۳-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	مولفین محبوبه دادفر، محمد کاظم عاطف وحید، علی اصغر اصغر نژادفرید، پیرحسین کولیوند.
یادداشت	کتابنامه: ص. [۹۷] - ۱۰۶.
موضوع	روانشناسی اجتماع‌نگر
شناسه افزوده	دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
شناسه افزوده	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)
شناسه افزوده	بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم‌الانبیاء (ص)، مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
رده بندی کنگره	۱۳۹۳ ر/۷۹۰/۵۵ RA
رده بندی دیویی	۳۶۲/۲۲
شماره کتابشناسی ملی	۳۶۵۱۶۶۹

روانشناسی جامعه‌نگر

تألیف:

دکتر محمد کاظم عاطف وحید

روانشناس بالینی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان

محبوبه دادفر

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

پیرحسین کولیوند

معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

دکتر علی اصغر نژاد فرید

روانشناس

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان



میراث

۱۳۹۳ شمسی



روانشناسی جامعه‌نگر



تألیف: محبوبه دادفر، دکتر محمد کاظم عاطف وحید، دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید، پیرحسین کولیوند
ناشر: میرماه
گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده
لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند
صحافی: عطف
نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۳
شمارگان: ۵۰۰ نسخه
قیمت: ۷۳۵۰۰ تومان
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۱۰۰-۶

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)
تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضائی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۳، واحد ۲
تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲ و ۲۲۷۵۹۲۰۳-۴ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

رویکرد جامعه نگر به بهداشت روان بر منابع اجتماعی مبتنی است. این رویکرد به دنبال شناسایی، سازماندهی و برنامه ریزی برای حل مشکلات مربوط به بهداشت روان است. رویکرد جامعه نگر به بهداشت روان با به کارگیری متخصصان روانشناس، جامعه شناس، مددکار اجتماعی و روانپزشکی سعی در ارتقاء بهداشت روان جامعه دارد و از آحاد جامعه نیز برای این موضوع بهره می گیرد. عوامل مربوط به برنامه های بهداشت روان جامعه نگر شامل تعهد، عدالت، مشارکت اجتماعی، سطح بندی خدمات، مراقبت درازمدت، پیشگیری، ارزیابی و پژوهش هستند. تعهد یعنی مشخص شدن کلیه نیازهای بهداشت روانی جمعیت مورد مداخله، فهرستی از منابع قابل وصول برای برآوردن این نیازها و سازماندهی یک سیستم مراقبتی. عدالت، ارتقاء خدمات و در دسترس قرار دادن آن برای عموم جامعه است. مشارکت اجتماعی، مشارکت و فعال بودن جامعه در تصمیم های مربوط به نیازها و برنامه های مراقبتی بهداشت روانی است. سطح بندی خدمات شامل خدمات رسانی به شکل متمرکز می باشد. مراقبت درازمدت یعنی تداوم مراقبت برای درگیر شدن روانشناس یا روانپزشک در سطوح مختلف بهبودی، تسهیل کردن امکان تبادل اطلاعات و مسئولیت های تیمی در مورد فرد. پیشگیری شامل کاهش بروز و شیوع، کاهش شروع و طول مدت و کاهش ناتوانی باقیمانده از اختلال های روانی است. ارزیابی و پژوهش، فرآیند کسب اطلاعات در مورد کل برنامه بهداشت روانی جامعه نگر و تاثیر آن بر افراد و سیستم حمایتی، فراهم نمودن بازخورد برای برنامه ریزی ها و تصمیم گیرنده ها به منظور تعدیل برنامه های جاری و تدوین برنامه های جدید و مناسب است. این عوامل نیازمند ایجاد ساختارهای اجتماعی و خدماتی، از طریق تشکیل به هم پیوسته بهداشت روانی هستند که عناصر متفاوت و متنوع بهداشت روانی را به یکدیگر متصل می کند.

حرفه روانشناسی بالینی ارتباط نزدیکی با بهداشت روانی دارد. تخصص های روانشناسی بالینی شامل روانشناسی اجتماع نگر یا جامعه نگر، روانشناسی سلامت و طب رفتاری، روانشناسی عصب شناختی،

روانشناسی قانونی و روانشناسی بالینی کودک می باشد. روانشناسی جامعه‌نگر بر یک بیماری یا یک مدل درمانی تأکید ندارد. از این دیدگاه مشاوره یا مشورت معلول تأثیر و تأثرات متقابل فرد، محیط و نظام‌ها هستند. این حوزه برای پیشگیری اولویت قائل است نه معالجه. روانپزشکی جامعه‌نگر به عنوان یکی از دوره‌های اصلی آموزش چهار ساله دستیاری روانپزشکی در ایران درآمده است. برنامه‌های بهداشت روان جامعه‌نگر نیز در کشور ما در حال انجام است ولی روانشناسی جامعه‌نگر نیازمند ایجاد یک ساختار یکپارچه در کلیه سطوح جامعه است. ساختاری که به طور سیستمی متخصصان روانشناسی بالینی، روانشناسی سلامت، بهداشت روانی، روانپزشکی، جامعه‌شناس، مددکار اجتماعی و غیره را به افراد جامعه پیوند داده و خدمات بهداشت روانی را سطح بندی نماید. این ساختار بایستی عملکردهایی مانند ارتقاء عادلانه بهداشت روانی و افزایش مشارکت اجتماعی را مد نظر قرار دهد تا در درازمدت بهداشت روانی را در زندگی روزمره افراد جامعه ادغام نماید، فعالیت‌ها را به سمت جامعه محوری پیش ببرد و کنترل بهداشت روانی را بر عهده افراد و موسسه‌های غیر دولتی قرار دهد. لذا در این خصوص، ایجاد ساختاری وسیع با عملکردهای مختص به خود، ضروری به نظر می‌رسد.

توسعه رشته روانشناسی بالینی، روانشناسی سلامت، بهداشت روانی، مددکاری اجتماعی، روانپزشکی جامعه‌نگر و بهداشت روانی جامعه‌نگر، ضرورت توجه و توسعه روانشناسی جامعه‌نگر را در ارتقاء بهداشت روانی جامعه و همچنین تدوین اهداف و ضوابط برنامه پنج ساله آموزش روانشناسی جامعه‌نگر برای دوره دکتری روانشناسی بالینی و ایجاد دوره‌های تخصصی دانشگاهی در مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری روانشناسی جامعه‌نگر در ایران را ایجاب می‌کند. کتاب زیر در جهت تحقق اهداف فوق نگاشته شده است.

مؤلفین

۱۳۹۳ شمسی

فهرست

سیستم.....	۱۳
مفاهیم اساسی در رویکرد سیستمی.....	۱۳
موضوعات مشابه سیستم ها.....	۱۴
نظریه پذیرش نقش کتر و کان.....	۱۴
تأثیر عوامل اجتماعی بر بهداشت.....	۱۵
روانشناسی جامعه نگر چیست؟.....	۱۷
عوامل تاثیر گذار در شکل گیری و ایجاد روان شناسی جامعه نگر.....	۱۹
تاریخچه روانشناسی جامعه نگر.....	۲۲
کنفرانس اسوامپ اسکات.....	۲۴
انجمن برای پژوهش و عمل جامعه نگر.....	۲۵
کنفرانس های بین المللی روانشناسی جامعه نگر.....	۲۶
روانشناسی جامعه نگر و حوزه های مرتبط.....	۳۱
روانشناسی جامعه نگر و سلامت عمومی.....	۳۳
روانشناسی جامعه نگر در برابر روانشناسی سلامت.....	۳۴
نظریه ها، مفاهیم و ارزش ها در روانشناسی جامعه نگر.....	۳۵
سطوح زیست محیطی تحلیل.....	۳۵
- سازگاری/انطباق.....	۳۶
- توالی/سلسله/ترادف.....	۳۶
- چرخه منابع.....	۳۷
- وابستگی متقابل/وابستگی درونی.....	۳۷
تغییر مرتبه اول و مرتبه دوم.....	۳۷
پیشگیری و ارتقاء سلامت.....	۳۸
توانمندسازی.....	۳۹
عدالت اجتماعی.....	۴۰
تنوع/گوناگونی.....	۴۰
سلامتی فردی.....	۴۰
مشارکت شهروندان.....	۴۱

۴۱	همکاری و نقاط قوت جامعه
۴۱	حس روانشناختی جامعه
۴۲	پایه تجربی / اصول تجربی
۴۲	آموزش
۴۲	ارتباط / پیوند آموزشی
۴۳	الزامات آموزشی و تعلیمی در روانشناسی جامعه نگر
۴۴	دیدگاه روان‌شناسی جامعه نگر
۴۵	اهداف روان‌شناسی جامعه نگر
۴۶	پیشگیری
۴۷	پیشگیری در روان‌شناسی جامعه نگر
۴۸	رویکردهای روان‌شناسی جامعه نگر در پیشگیری اولیه
۴۸	پیشگیری اولیه
۴۹	پیشگیری ثانویه
۴۹	پیشگیری ثالث
۵۰	مداخله‌ها
۵۰	مدل بهداشت روانی
۵۲	سرزنش قربانی
۵۳	مداخله اجتماعی در روان‌شناسی جامعه نگر
۵۳	روانشناسی جامعه نگر در محیط کار
۵۴	حیطه‌های اختصاصی عمل روانشناسان جامعه نگر
۵۷	مهارت‌های روانشناسان جامعه نگر
۵۸	نقش روانشناس جامعه نگر
۵۸	مدل‌های تغییر جامعه
۵۸	۱- مدل مشاوره یا مشورت
۵۸	۲- مدل توسعه سازمانی
۵۹	۳- مدل سازمان اجتماعی و دفاع یا طرفداری اجتماعی
۵۹	۴- مدل نهادهای موازی
۶۰	۵- مدل سازمان‌دهی جامعه‌ای و پشتیبانی اجتماعی

.....	سطوح مداخلات	۶۰
.....	۱- انتقال فرد	۶۱
.....	۲- مداخله‌های فردی	۶۱
.....	۳- مداخله در جمعیت	۶۱
.....	۴- مداخلات در سیستم‌های اجتماعی	۶۱
.....	۱- تغییر در فرد کلیدی سیستم	۶۱
.....	۲- اضافه کردن تکالیف	۶۱
.....	۳- زیاد کردن انواع تکالیف نه فقط یک نوع	۶۱
.....	۴- طرح سیستم‌های تجربی	۶۲
.....	۵- مداخله در سیستم‌ها و پسخوراند	۶۲
.....	۶- مداخلات بین سیستمی	۶۲
.....	۱- برنامه‌های کمک بین سیستم‌ها	۶۲
.....	۲- برنامه‌های هماهنگ کننده بین سیستم‌ها	۶۲
.....	۳- برنامه فعالیت اجتماعی	۶۲
.....	۷- مداخلات شبکه	۶۲
.....	عوامل مختل کننده	۶۲
.....	رویکرد عصب روانشناختی جامعه نگر	۶۳
.....	مروری بر برنامه‌های آموزشی روانشناسی جامعه نگر در خارج از کشور	۶۴
.....	مرور برنامه بخش روانشناسی در گروه روانپزشکی دانشگاه ییل امریکا	۶۸
.....	پیوست‌ها	۸۳
.....	فهرست کامل دوره‌های آکادمیک دانشگاه‌های خارج از کشور در روانشناسی جامعه نگر	۸۴
.....	لینک‌های مرتبط با برنامه‌های دکتری روانشناسی بالینی جامعه نگر در امریکا	۹۴
.....	معرفی مجله‌های مرتبط با روانشناسی جامعه نگر	۹۵
.....	جستجوی موضوعات و اصطلاحات مرتبط برای کسب اطلاعات بیشتر در باره روانشناسی جامعه نگر	۹۶
.....	منابع	۹۷
.....	نمایه موضوعی	۱۰۷

سیستم

از نظر برتالنفی (۱۹۲۰)، سیستم مجموعه واحدهایی است که بین خود دارای ارتباط متقابل هستند. سیستم را می‌توان به شرح زیر توصیف نمود:

الف) ساختار: سیستم از نظر ساختار دارای چهار جزء است: (۱) مرز، (۲) عناصر، (۳) یک شبکه حمل و ارتباطات و (۴) مخازن.

ب) کارکرد یا عملکرد: سیستم از نظر کارکرد یا عملکرد نیز دارای چهار جزء (۱) جریان‌های مختلف، (۲) مراکز تصمیم‌گیری، (۳) حلقه‌های بازخورد و (۴) فرصت‌های زمانی می‌باشد.

مفاهیم اساسی در رویکرد سیستمی

در رویکرد سیستمی چهار مفهوم اساسی به شرح زیر وجود دارد:

۱- تعامل موجود بین عناصر تشکیل‌دهنده یک سیستم

۲- کلیت: کل بیشتر از مجموع اجزاء است.

۳- سازمان: سلسله‌ای از روابط بین عناصر یا اشخاص که یک واحد وجودی جدید را به

وجود می‌آورند. این واحد دارای کیفیت‌هایی است که هر یک از اجزاء به تنهایی از آنها

برخوردار نیستند.

۴- پیچیدگی: درجه پیچیدگی یک سیستم به تعداد عناصر سیستم و تعداد و نوع روابطی که این عناصر را به هم مرتبط می‌سازد بستگی دارد. پیچیدگی غیر از بغرنج بودن است.

موضوعات مشابه سیستم‌ها

تمام سیستم‌ها با مسائلی مواجه هستند که ماهیت مشابهی دارند و عبارتند از:

- ۱- روابط با محیط: محیط منفعل (سنگ روی زمین)، محیط فعال (تعامل سیستم با محیط)
- ۲- داشتن سلسله مراتبی که از درون سازمان یافته‌اند.
- ۳- کوشش جهت حفظ موجودیت
- ۴- نیاز به تنوع و گوناگونی
- ۵- تابع روند تکامل بودن

نظریه پذیرش نقش کتز و کان

براساس نظریه پذیرش نقش کتز و کان (۱۹۶۶)، شخصیت محصول تعامل اجتماعی است که در طول زندگی فرد تغییر و تعدیل می‌یابد. مفاهیم مهم در این نظریه عبارتند از:

(۱) **مقام یا مسئولیت (Office):** که براساس رابطه فرد با دیگران در سیستم و خود سیستم تعریف می‌شود.

(۲) **نقش (Role):** که عبارت است از یک سری فعالیت‌های تکراری که به عهده یک مقام مشخص گذاشته می‌شود. نقش‌ها بیشتر تعویض شده از طرف سیستم اجتماعی هستند تا ویژگی‌های شخصیتی فردی که در آن مقام است.

(۳) **سری نقش (Set role):** هر مقام و موقعیتی، با مقام و موقعیت‌های مختلف در روابط بهم وابسته‌ای هستند که این شبکه ارتباطات بهم وابسته را سری نقش می‌گویند. افرادی که این نقش‌ها را به عهده دارند برای هر مقام انتظاراتی را پیدا خواهند کرد. این انتظارات از نقش‌ها مبتنی بر تاریخچه سیستم اجتماعی و وظائف و تکالیف رسمی هستند که باید انجام دهند.

فرستنده نقش و گیرنده نقش وجود دارد. گیرنده نقش که براساس ویژگی‌های روانی فرد تفسیر می‌شوند و ممکن است شبیه نقش فرستاده شده یا کاملاً مغایر با آن باشد.

۴- رفتار نقش (Behavior role): عبارت است از رفتاری که فرد بر اساس تعبیر و تفسیرش از نقش دریافت شده انجام می‌دهد.

مثال کودک دانش‌آموز انتظارات که توسط معلم ابراز می‌شود کودک رفتار می‌کند.
۵- تضادهای نقش (Conflict role): بن‌بست‌هایی که هر فرد در یک مقام ممکن است با آن روبرو شود.

تأثیر عوامل اجتماعی بر بهداشت

انسان از بدو تولد می‌آموزد که به صورت اجتماعی زندگی کند تا نیازهایش بهتر برآورده شود و از امنیت جسمی و روانی برخوردار باشد. بنابراین بهداشت روانی فرد از عوامل اجتماعی اثر می‌پذیرد و موفقیت یا ناکامی‌های او در سازگاری‌های اجتماعی و اینکه زندگی گروهی برایش لذت‌بخش خواهد بود یا نه، از جامعه و زندگی اجتماعی او متأثر می‌شود. زندگی در صورتی رضایت‌بخش خواهد بود که احتیاجات شخص به‌طور نسبی برآورده شود و احساس و عواطف شخص، با توجه به مراحل رشد و تکاملش به‌طور منطقی بیان گردد. این مسائل تنها به خود فرد مربوط نیست بلکه محیط اجتماعی و عواملی که بر فرد تأثیر دارند باید برای این منظور مساعد باشند. وقتی شخص وارد اجتماع می‌شود با افکار و عقاید و سلیقه‌هایی متفاوت با عقاید و سلیقه خود مواجه می‌شود. یعنی بین او و محیط اجتماعی تعارض‌ها و تنش‌هایی ایجاد می‌شود. لذا باید با عده‌ای همکاری کند و در برخی موقعیت‌های اجتماعی با محدودیت روبرو شود. همه این عوامل اجتماعی با توجه به ارزشی که برای شخص دارند، می‌توانند فشارهایی به شخص وارد کنند و در بهداشت روانی شخص تأثیر بگذارند. وسایل ارتباط جمعی، حوادث طبیعی، جنگ‌ها، تنش‌های خانوادگی، تورم و گرانی‌ها، کم‌رنج بودن امنیت شخصی یا اجتماعی، نبود روابط اجتماعی و زندگی ماشینی همگی عوامل اجتماعی دیگری هستند که بهداشت روانی افراد را به شدت تهدید می‌کنند. اما جامعه‌ای که در آن

نیازهای جسمی و روانی به اعتدال ارضاء شود و از امنیت اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، تسهیلات بهداشتی و سایر امکانات یک جامعه سالم برخوردار باشد، دارای افرادی با بهداشت روان بیشتری خواهد بود (حیدری، ۱۳۸۷).

جامعه ما با ارجحیت دادن به بعضی ارزش‌های فرهنگی، در سطحی نسبتاً وسیع، بر سلامت اعضای خود تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال، یکی از ارزش‌ها خوب دانستن سلامتی و تناسب بدنی است. اغلب رسانه‌های گروهی این ارزش‌ها را با ارائه مثال‌هایی مانند توجه داشتن به رژیم غذایی مناسب، دوری جستن از مواد مخدر و نوشابه‌های الکلی منعکس می‌کنند. رسانه‌های گروهی در بهبود سلامتی نقش مهمی دارند ولی در بعضی از موارد، رفتارهای غیر بهداشتی را نیز تشویق می‌کنند. افراد هم بر ارزش‌های اجتماعی تأثیر می‌گذارند. برای مثال، افراد به عنوان قسمتی از جامعه می‌توانند با نشر نظریه‌های خود، بر رسانه‌های گروهی، برنامه‌های تلویزیونی و تجارت موادی که برای سلامتی مفیدند، تأثیر بگذارند. اجتماع شامل افرادی است که نزدیک به یکدیگر زندگی می‌کنند مانند افرادی که در یک شهر یا کشور زندگی می‌کنند. رابطه‌ای که افراد با یکدیگر دارند، اغلب مستقیم است و تأثیر دوجانبه‌ای دارد. این تأثیر را می‌توان در رفتارهایی مانند سیگار کشیدن و استفاده از رژیم‌های غذایی پرچربی مشاهده کرد. برای مثال سیگار کشیدن در نوجوانان، در نتیجه فشار گروه همسالان است. در بعضی از موارد، مشاهده نوجوانانی که به چنین رفتاری مشغولند، آنها را تشویق به انجام دادن این کار می‌کند. آنها دوست دارند که محبوب واقع شوند یا خود را نسبت به سایر افراد اجتماع، قوی نشان دهند. این مثال‌ها، نشانه عناصر انگیزشی روشن و قدرتمندی هستند که ماهیت اجتماعی دارند (سارافینو، ۱۳۸۷).

سلامت یک جامعه به عنوان یک کل، اغلب بر هر فرد در آن جامعه خاص تأثیر می‌گذارد. اگر چند نفر از اعضای جامعه، از یک اختلال روانی خاص، مشکل اجتماعی یا وضعیت اقتصادی منفی رنج می‌برند، در نتیجه آن، اغلب سلامت کلی جامعه، به رنج خواهد افتاد. اینها نوعی از ایده‌هایی هستند که روانشناسان جامعه‌نگر بر آنها متمرکز هستند.

روانشناسی جامعه‌نگر چیست؟

روانشناسی جامعه‌نگر، به عنوان یک رشته، در سال ۱۹۶۵ در کنفرانس اسوامپ اسکات در ماساچوست، در جلسه روانشناسانی که در حال بحث برای آموزش بهداشت روان جامعه‌نگر بودند، بوجود آمد. این گروه، روانشناسی جامعه‌نگر را از روانشناسی بالینی و بهداشت روان جامعه‌نگر متمایز شناسایی کردند. تمرکز اصلی روی تاثیرات اجتماعی و فرهنگی بر سلامت روان بود، و از آن زمان تاکنون گسترش پیدا کرده است، روانشناسی جامعه‌نگر در حال حاضر یک رشته در روانشناسی است که مسائل زیست محیطی را فراتر از سطح فردی بررسی می‌کند، ارزش تنوع و گوناگونی را مورد کاوش قرار می‌دهد، سنجش تک بعدی محدود سلامت را مورد چالش قرار می‌دهد و به روانشناسان به عنوان عاملان و کارگزاران تغییرات اجتماعی اعتبار می‌بخشد. یک رویکرد سلامت عمومی، جهت کمک به آماده کردن این رشته رو به رشد، با یک جایگزین برای مدل پزشکی مورد استفاده در روانشناسی بالینی که بر بیماری، درمان و بهبود تاکید دارد، مورد استفاده قرار گرفته است. این موضوع به ایجاد بحث پیشگیری، به عنوان یک اصل بنیادی و پایه ای رشته روانشناسی جامعه‌نگر کمک کرد. روانشناسی جامعه‌نگر به یک علم پیشگیری، مداخله جامعه‌نگر و همه‌گیری شناسی اجتماعی تبدیل شد. موضوعات این رشته عبارتند از دیدگاه زیست محیطی، ارتباط فرهنگی، تنوع/گوناگونی و توانمند سازی. دیدگاه‌های زیست محیطی بر بافت‌ها و زمینه‌های اجتماعی و محیطی بر سطوح تحلیل فردی، سازمانی و جامعه تاکید می‌کنند، و اصول بسیج منابع، وابستگی متقابل/درونی و انطباق و سازگاری را بکار می‌گیرند (زیمرن، ۲۰۰۰).

طرح‌های مداخله‌ای و ارزیابی زیر که در بهداشت عمومی و رفاه جامعه مشارکت داشته‌اند، اقدامات روانشناسی جامعه‌نگر را با ذکر نمونه نشان می‌دهند. سیستم پیرو جامعه (Community Lodge System)، یک جامعه جایگزین زنده و محیط کاری، برای افراد مبتلا به بیماری روانی شدید بود. این محیط برای ساکنین فرصتی را جهت اقدام رو به پیشرفت و مکان‌های خود از جمله حرفه سرایداری فراهم نمود. نمونه دیگر طرح انحراف نوجوانان

(Juvenile Diversion Project) است. این طرح، یک برنامه جایگزین را برای جوانانی ارائه داد که به طریقی وارد سیستم دادگاه نوجوان یا یک سازمان خدمات اجتماعی خواهند شد. جوانان در این برنامه با یک دانشجوی دانشگاه ارتباط برقرار کردند که با هر یک از جوانان، جهت کمک به آنها در مدرسه، روابط اجتماعی (همسالان و خانواده) و دسترسی به منابع موجود جامعه، فعالیت می‌کرد. این طرح‌ها دو نمونه از اقدام‌های رشته روانشناسی جامعه‌نگر هستند که برای تشویق مشارکت مصرف‌کننده، ایجاد نقاط قوت و شایستگی‌هایشان و ارتقاء سلامت طرح ریزی شدند. تحقیقات دیگر در روانشناسی جامعه‌نگر نیز به ارائه بهداشت عمومی با یک پایه تجربی و نظری، برای بسیاری از کارها، جهت مشارکت جامعه و یاری‌کنندگان غیر متخصص، توانمندسازی و سرمایه اجتماعی کمک کرده است (زیمرن، ۲۰۰۰).

روانشناسی جامعه‌نگر بافت‌های افراد در جوامع و اجتماع گسترده تر (اورفورد، ۲۰۰۸)، و روابط فرد با جوامع و اجتماع را مورد مطالعه قرار می‌دهد. روانشناسان جامعه‌نگر در پی فهم و درک کیفیت زندگی افراد، جوامع و اجتماع هستند. هدف آنها افزایش کیفیت زندگی، از طریق پژوهش و اقدام/عمل مشترک است (دالتون، الیاس و واندرزمن، ۲۰۰۱).

روانشناسی جامعه‌نگر دیدگاه‌های متنوعی را برای رسیدگی به مسائل جوامع، روابط درون آنها، و نگرش‌ها و رفتار مرتبط مردم، در داخل و خارج از روانشناسی، بکار می‌گیرد. راپپورت (۱۹۷۷) دیدگاه روانشناسی جامعه‌نگر را تحت عنوان یک دیدگاه زیست‌محیطی در تناسب شخص-محیط (غالباً مربوط به محیط‌های کاری است)، با تمرکز بر مطالعه و عمل، بجای تلاش برای تغییر شخصیت فرد یا محیط، در زمانی که فرد به عنوان یک فرد دارای مشکل دیده می‌شود، مورد بحث قرار می‌دهد.

روانشناسی جامعه‌نگر یک حوزه تخصصی مربوط به این موضوع است که افراد چگونه با جامعه ارتباط برقرار می‌کنند. مردم چگونه می‌توانند مشارکت‌کننده‌های فعال تری در جامعه خود بشوند یا مسائل جامعه چگونه می‌تواند بر بهداشت و سلامتی و تندرستی افراد تاثیر

بگذارد. بهداشت و سلامتی هر دو از موضوعات اصلی و مهم مورد توجه رشته روانشناسی جامعه‌نگر هستند (چری، ۲۰۱۴).

تمرکز روانشناسی جامعه‌نگر می‌تواند بر هر دو جنبه نظری و عملی باشد، اما اغلب مواقع ترکیبی از هر دو است. در حالی که برخی از روانشناسان جامعه‌نگر بر روی موضوعات نظری پژوهش انجام می‌دهند، سایرین این اطلاعات را دریافت می‌کنند و آن را برای استفاده فوری، جهت شناسایی مشکلات و توسعه راه حل‌ها در جوامع بکار می‌برند (چری، ۲۰۱۴).

روانشناسی جامعه‌نگر می‌تواند به عنوان یک رویکرد برای استفاده روانشناسی توصیف شود تا یک زیر رشته یا رشته جداگانه. در حالی که روانشناسی سنتی بر فرد به عنوان موضوع مورد مطالعه و مداخله، متمرکز است، رویکرد جامعه‌نگر تعامل بین فرد و محیط را مد نظر قرار می‌دهد. علاوه بر این، در جائیکه رویکردهای سنتی به روانشناسی، به طور معمول، به مشکلات موجود فرد (مانند مدل پزشکی)، می‌پردازند، روانشناسی جامعه‌نگر راهبردهای فعال درمان را مانند برنامه‌ها برای پیشگیری و آگاهی مد نظر قرار می‌دهد. این رشته یک مرور کلی روش‌شناسی، نظریه و کاربرد و استفاده از دیدگاه روانشناسی جامعه‌نگر، با تمرکز بر کاربرد آن در حوزه بهداشت روان را ارائه می‌دهد (جیمسون، ۲۰۱۴).

عوامل تاثیرگذار در شکل‌گیری و ایجاد روان‌شناسی جامعه‌نگر

عوامل زیادی در شکل‌گیری و ایجاد روان‌شناسی جامعه‌نگر نقش داشته‌اند که در زیر به آنها اشاره می‌گردد:

۱- یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری روان‌شناسی جامعه‌نگر، آگاهی یافتن هر چه بیشتر از نقش عوامل اجتماعی و محیطی در رفتار و مشکلات مردم بود. فقر، تبعیض، آلودگی و ازدحام جمعیت به عنوان عوامل بالقوه مطرح شدند. حق انتخاب قایل شدن برای مردم و افزایش رفاه آنان مستلزم این بود که روان‌شناسان به این عوامل توجه کنند و فقط بر عوامل تعیین‌کننده‌ی اوایل کودکی متمرکز نباشند. مشکلات عاطفی و هیجانی بسیاری از مردم تحت تأثیر فقر، بیکاری، تبعیض شغلی، نژاد پرستی، کمبود فرصت‌های

آموزشی، تبعیض جنسی و عوامل اجتماعی دیگر است. این عوامل به‌ندرت مورد توجه سایر دیدگاه‌های روان‌شناسی قرار می‌گیرند (فیرس و ترال، ۱۳۸۲). به‌طور کلی عوامل موثر در شکل‌گیری و ایجاد روانشناسی جامعه‌نگر را می‌توان به شرح زیر ذکر نمود:

۱- دلسردی از مفاهیم بهداشت روانی موجود، فعالیت‌ها و نقش‌های روانشناسان

۲- دلسردی از روان‌درمانی از جهت تأثیر و کارایی و کفایت (مطالعه آیزینگ ۱۹۵۲)،

همچنین بالا بودن هزینه، نیاز به وقت و تعداد زیاد متخصص

۳- تغییر مفاهیم بهداشت روانی و بیماری روانی: بسیاری از روانشناسان از مدل پزشکی

ابراز نارضایتی نموده و تشبیه ناراحتی‌های روانی به ناراحتی‌های جسمی را موجب جلوگیری از درک مشکلات مردم و برطرف کردن آنها می‌دانستند. از کسانی که مدل پزشکی را شدیداً مورد انتقاد قرار داده توماس زاز (۱۹۶۱) است که به نظر او ناراحتی روانی را می‌توان اصولاً نقش روانی که فرد در مقابل طرز تلقی دیگران در محیط اجتماعی وی نسبت به او دارند، تعریف کرد. به عبارت دیگر فرد وقتی مریض است که دیگران او را مریض بخوانند. دیگرانی که قدرت و کنترل روی فرد دارند. البته این نظر ساده‌نگرانه‌ای در مورد ناراحتی‌های روانی است چون ما اطلاعات زیادی در مورد علل بیماری روانی داریم ولی به هر صورت عکس‌العملی است در مقابل برچسب زدن بی‌رویه به افراد.

۴- نارضایتی در مورد نقش حرفه‌ای: متخصصین بهداشت روانی در مورد محدودیت

نقش خود در تغییر و اصلاح اساسی مشکلات روانی در سطح جامعه و همچنین نداشتن جایگاهی در حرفه پزشکی و نداشتن قدرت تصمیم‌گیری در بیمارستان‌ها که تصمیم‌ها توسط روان‌پزشکان گرفته می‌شد، ناراضی بودند. بعضی از روانشناسان به بخش خصوصی رو آوردند و بعضی دیگر بهترین راه را گرایش به روانشناسی جامعه‌نگر دانستند که بوسیله آن می‌توانستند با آزادی بیشتر در مورد مداخله‌های روانی منحصر به فرد اقدام کنند.

۲- کمبود نیروی متخصص

با توجه به ازدیاد بیماران روانی، تمایل مردم به استفاده از خدمات بهداشت روانی و نیاز

به ارائه چنین خدماتی بیشتر شد ولی فاصله عمیقی بین عرضه و تقاضا وجود داشت و این

موضوع روانشناسان و دیگران را به فکر چاره‌اندیشی و استفاده از منابع جدید نیروی انسانی و استفاده بهتر از وقت و انرژی نیروی متخصص انداخت. در این جهت استفاده از داوطلبان و کسانی که درمان شده‌اند را می‌توان نام برد.

۳- فقر و بهداشت روانی

مشکلات روانی در طبقات بی‌بضاعت و فقیر بیشتر ولی امکانات درمانی برای آنها کم بود. علاوه بر این به علت هزینه سنگین درمان، عدم آگاهی و یا تعصبات در مورد بیماری‌های روانی، تمرکز متخصصین در مناطق ثروتمند، بدبینی افراد فقیر نسبت به مؤسسات و بیمارستان‌ها، ارائه خدمات توسط افراد کم‌مهارت، همه باعث عدم ارائه خدمات یا عدم استفاده از چنین خدماتی توسط افراد فقیر شده بود. به این علت بعضی از متخصصین بهداشت روانی به دنبال راهی جهت برقراری تعادل در ارائه خدمات بهداشت روانی به طبقات فقیر و ثروتمند بودند. موضوعی که مطالعه معروف هالینگ هد و ردلیک (۱۹۵۸) نشان داد این بود که بیماران روانی فقیر معمولاً در بیمارستان‌های روانی دولتی نگهداری می‌شدند و بیماران روانی ثروتمند در مطب‌های خصوصی تحت معالجه و درمان قرار می‌گرفتند.

۴- وضعیت ناگوار بیمارستان‌های روانی

بیمارستان‌های روانی در پایان جنگ جهانی دوم وضعیت اسفناکی پیدا کرده بودند و متخصصین بالینی جامعه‌نگر سعی می‌کردند که ۱- وضعیت زندگی در بیمارستان‌های روانی را بهبود بخشند تا در جهت درمان بیماران و نه تنها نگهداری آنها اقدام شود، ۲- روش‌های دیگری از قبیل ایجاد مراکز بهداشت روانی جهت درمان بکار گرفته شود که احتیاج به بستری شدن را کم کند و ۳- شیوه‌های جدید بستری بکار گرفته شود مثل بیمارستان‌های روزانه که به افراد کمک شود تا پس از مرخصی راحت‌تر به زندگی اجتماعی برگردند.

مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که بستری شدن در بیمارستان روانی با توجه به وضعیت ناگوار بیمارستان‌ها خود عامل تشدید اختلالات روانی است. بالاخص که پس از بستری شدن در هر شرایط روانی، کارکنان و سیستم بیمارستان نقش مریض را به بیمار تحمیل می‌کنند که

این را بیماران قبول کرده و این خود باعث می‌شد که کفایت آنها در اداره زندگی خودشان کاهش پیدا کند.

در جهت اصلاح وضعیت بیمارستان‌ها می‌توان از محیط درمانی، اقتصاد ژتونی، تنظیم برنامه‌های آموزشی و تفریحی، تقلیل مدت بستری شدن، ارجاع بیماران به مراکز بهداشت روانی منطقه‌ای جهت پیگیری نام برد.

۵- روانشناسی جامعه‌نگر و روح زمان

ظهور روانشناسی جامعه‌نگر به علت عوامل مختلف اجتماعی سیاسی و به طور کلی گرایش جامعه به سوی انسان‌گرایی و دمکراسی‌گرایی صورت گرفت. به عبارت دیگر حوادث گوناگون و آمادگی جامعه جهت پذیرش چنین گرایشی امکاناتی را به وجود آورد که ایجاد روانشناسی جامعه‌نگر را تسهیل کرد. قوانینی که قبلاً در مورد آنها صحبت شد همه به ظهور و رشد این گرایش کمک نمودند.

تاریخچه روانشناسی جامعه‌نگر

به طور کلی می‌توان وقوع رویدادهای زیر را در تولد روانشناسی جامعه‌نگر دخیل

دانست:

۱- انتشار کتاب کلیفورد بیرز در سال ۱۹۰۸

۲- مدت کوتاهی بعد از آن تأسیس انجمن ملی برای بهداشت روانی

۳- تاکید آدولف مایر بر مداخله در سطح جامعه برای درمان و پیشگیری بیماری‌های

روانی

۴- تصویب قانون مطالعه بهداشت روانی در سال ۱۹۵۵ توسط کنگره آمریکا که منجر

به ایجاد کمیسیون مشترک اختلالات و بهداشت روانی شد تا این کمیسیون در مورد معالجه و

درمان بیماران روانی در آمریکا مطالعه کند و نتایج آن را به کنگره گزارش کند.

۵- در پی یافته‌های گزارش این کمیسیون مشترک، جان اف کندی (رئیس جمهور وقت امریکا)، درخواست یافتن راه‌های بهتر برای درمان و معالجه بیماران روانی و ایجاد مراکز جامع بهداشت روانی را از کنگره نمود.

۶- در سال ۱۹۶۳ کنگره، قانون مراکز جامع بهداشت روانی را تصویب نمود که این مراکز می‌بایست خدمات ده گانه را به شرح زیر ارائه دهند: (۱) درمان بستری، (۲) درمان سرپایی، (۳) بیمارستان روزانه یا شبانه (بستری نیمه‌وقت)، (۴) اورژانس ۲۴ ساعته، (۵) مشاوره و آموزش سازمان‌ها و مراکز و متخصصین، (۶) خدمات تشخیصی، (۷) توانبخشی، (۸) آموزش و تربیت نیروی متخصص، (۹) پژوهش و (۱۰) ارزیابی. از این خدمات ده گانه، پنج سرویس اولیه اجباری و پنج سرویس بعدی مطلوب در نظر گرفته شد.

۷- مسائل سیاسی اجتماعی دهه ۱۹۶۰: حرکت‌های عدالت خواهی سیاهپوستان آمریکا
۸- کنفرانس روانشناسان در سال ۱۹۶۵ در بوستون که در آن بر حرکت‌ها و جنبش‌های سیاسی جهت حل معضلات و مشکلات اجتماعی و همچنین استفاده از داوطلبان غیرحرفه‌ای در جهت ارائه خدمات بهداشتی - روانی تأکید شد.
در باره تاریخچه روانشناسی جامعه‌نگر در ایالات متحده امریکا می‌توان گفت که در دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰، عوامل بسیاری در پیدایی روانشناسی جامعه‌نگر در امریکا نقش داشتند. برخی از این عوامل عبارتند از:

- یک تغییر دور از اقدامات اجتماعی محافظه کارانه متمرکز بر فرد در مراقبت بهداشتی و روانشناسی، به سمت یک دوره پیشرونده مربوط به مسائل بهداشت عمومی، پیشگیری و تغییر اجتماعی پس از جنگ جهانی دوم (دالتون، الیاس و واندرزمن، ۲۰۰۱) و علاقه فزاینده روانشناسان اجتماعی به تبعیض نژادی و مذهبی، فقر و سایر مسائل اجتماعی (لوین، پرکینز و پرکینز، ۲۰۰۵)

- احساس نیاز به درمان بیماری روانی با بعد کامل تر و جامع تر برای سربازان قدیمی (راپاپورت، ۱۹۷۷)

- زیر سوال بردن و مورد تردید قرار دادن ارزش روان درمانی به تنهایی، در درمان تعداد زیادی از افراد مبتلا به بیماری روانی توسط روانشناسان (راپاپورت، ۱۹۷۷)

- ایجاد مراکز بهداشت روان جامعه‌نگر و موسسه‌های روانی مبتلا به بیماری‌های روانی به طرف جوامع خود (دالتون، الیاس و واندرزمن، ۲۰۰۱)

روانشناسی جامعه‌نگر طی سال‌های دهه ۱۹۶۰، به عنوان یک گروه در حال رشد از روانشناسانی که با توانایی و قابلیت روانشناسی بالینی برای رسیدگی به مسائل گسترده‌تر اجتماعی، ناراضی بودند، شروع به ظهور کرد. امروزه، تعداد زیادی از اشخاص، جلسه ۱۹۶۵ روانشناسان در کنفرانس اسوامپ اسکات در ماساچوست را به عنوان آغاز رسمی رشته روانشناسی جامعه‌نگر معاصر می‌شناسند. در این نشست، افراد حاضر در کنفرانس به این نتیجه رسیدند که روانشناسی به منظور رسیدگی به بهداشت روانی و بهزیستی و رفاه، لازم است تمرکز وسیع‌تری بر جامعه و تغییر اجتماعی پیدا کند.

کنفرانس اسوامپ اسکات (Swampscott Conference)

روانشناسی جامعه‌نگر حدود اواسط قرن ۲۰ دایر شد. در آن زمان این موضوع مطرح بود که جامعه به عنوان یک کل کمتر محافظه‌کار باشد. این امر، به نوبه خود، برخی از مشکلات اجتماعی کمتر رایج را برجسته‌تر ساخت. به این دلیل، روانشناسان جامعه‌نگر در این زمان شروع به بیشتر و بیشتر علاقه‌مند شدن به مسائل اجتماعی خاص و رفاه و بهزیستی جامعه کردند.

در سال ۱۹۶۵، نزدیک به ۴۰ روانشناس برای بحث در باره آینده بهداشت روان جامعه‌نگر، همچنین بحث در مورد موضوع درگیر شدن صرف با مشکلات بهداشت روان، به جای درگیر شدن با جامعه به عنوان یک کل، جلسه‌ای بنام کنفرانس اسوامپ اسکات را برگزار کردند. هدف از این کنفرانس، بحث کردن و در نظر گرفتن احتمال آموزش تخصصی، با تمرکز بر بهداشت روانی و اجتماعی جوامع بود. این کنفرانس زادگاه روانشناسی جامعه‌نگر در نظر گرفته شد و آغاز روانشناسی جامعه‌نگر بود که ما امروزه می‌شناسیم. یک گزارش

منتشر شده در کنفرانس، از روانشناسان جامعه‌نگر برای فعالیت‌های سیاسی، عاملان/کارگزاران تغییر اجتماعی و "اندیشه سازان - مشارکت کننده" دعوت نمود (دالتون، الیاس و واندرزمن، ۲۰۰۱).

روانشناسی جامعه‌نگر از جنبش بهداشت روانی جامعه‌نگر رشد پیدا کرد، اما به طور چشمگیری تکامل یافت زیرا متخصصان از ابتدا درک و فهم شان از ساختارهای سیاسی و سایر بافت‌های جامعه را با دیدگاه‌های خدمات مراجع ترکیب کردند (لوین و پرکینز، ۱۹۹۷). از آن زمان، این رشته همچنان به رشد کردن ادامه داده است. بخش ۲۷ انجمن روانشناسی آمریکا، انجمن برای پژوهش و عمل جامعه‌نگر Society for Community Research and Action (SCRA) به موضوع روانشناسی جامعه‌نگر اختصاص داده شده است. همچنین چند مجله علمی به این موضوع اختصاص یافته است از جمله مجله امریکایی روانشناسی جامعه‌نگر، مجله روانشناسی جامعه‌نگر و مجله روانشناسی جامعه‌نگر و اجتماعی کاربردی (چری، ۲۰۱۴).

انجمن برای پژوهش و عمل جامعه‌نگر

Society for Community Research and Action (SCRA)

بخش ۲۷ انجمن روانشناسی آمریکا (APA)، بخش روانشناسی جامعه‌نگر APA است که انجمن برای پژوهش و عمل جامعه‌نگر نامیده می‌شود. ماموریت این انجمن به شرح زیر است: انجمن برای پژوهش و عمل جامعه‌نگر (SCRA) یک سازمان بین‌المللی است که به پیشرفت نظریه، پژوهش و عمل اجتماعی اختصاص داده شده است. اعضای آن متعهد به ارتقاء سلامت و توانمندسازی و پیشگیری از مشکلات در جوامع، گروه‌ها و افراد هستند. SCRA به بسیاری از رشته‌های مختلفی که بر پژوهش و عمل جامعه‌نگر متمرکز هستند، خدمت می‌کند (انجمن برای پژوهش و عمل جامعه‌نگر، ۲۰۰۸).

وب سایت SCRA منابعی برای آموزش و یادگیری روانشناسی جامعه‌نگر، اطلاعاتی در مورد رویدادهای این رشته و مربوط به پژوهش و عمل، چگونگی وارد شدن و اطلاعات بیشتر

در باره این رشته، اعضاء و برنامه‌های کارشناسی و تحصیلات تکمیلی روانشناسی جامعه‌نگر دارد.

کنفرانس‌های بین‌المللی روانشناسی جامعه‌نگر

اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی جامعه‌نگر که در ژوئن ۲۰۰۶ در دانشگاه پورتوریکو، مجتمع ریویدراس، برگزار شد، یک ابتکار جسورانه طراحی شده، برای گرد هم آوردن روانشناسان جامعه‌نگر، برای اولین بار، از سراسر دنیا بود. موضوع کلی این کنفرانس "برنامه مشترک در تنوع" بود. این کنفرانس در گسترش تنوع برنامه‌های روانشناسی جامعه‌نگر و در ایجاد فرصتی برای تبادل نوع تجارب روانشناسان جامعه‌نگر درگیر در این حوزه، موفق بود.

دومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی جامعه‌نگر در ژوئن ۲۰۰۸ در لیسبون پرتغال برگزار شد. این بار گرد هم آورنده، موسسه سوپریور دی پیسکولوژیا آپلیکادا (Instituto Superior de Psicología Aplicada) بود. موضوع مهم انتخاب شده این کنفرانس "ایجاد جوامع مشارکتی، توانمند و متنوع، نگاه به روانشناسی جامعه‌نگر از دیدگاه جهانی" بود. این بار هدف از این گردهمایی بین‌المللی تشویق روانشناسان جامعه‌نگر به ساخت جوامعی با مشخصه مشارکت و توانمندسازی، یادگیری تنوع پژوهش و مداخلات مشارکت‌کنندگان بود. این کنفرانس یک نقطه عطف دوم در توافق و تایید کردن وضعیت بین‌المللی روانشناسی جامعه‌نگر به حساب می‌آید.

سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی جامعه‌نگر در ژوئن ۲۰۱۰ در دانشگاه آیروآمریکانا در پوبلای مکزیک، با تمرکز بر «رویکردهای جامعه‌نگر به مشکلات اجتماعی معاصر» برگزار شد. این کنفرانس بر وضعیت علمی و تخصصی روانشناسی جامعه‌نگر تاکید نمود، به عنوان یک تلاش بین‌المللی از دیدگاه بافت تاریخی و فرهنگی اجتماعی دغدغه‌های اجتماعی حال حاضر، و به عنوان یک "علم ارتباط" چند رشته‌ای که توانایی از عهده برآمدن کمک اصلی و مورد نیاز را برای مقابله با آنها دارد (ادواردو آلمیدا آکوستا، ۲۰۱۱).

روانشناسی جامعه‌نگر در سراسر جهان با موضوعات روانشناختی اجتماعی کلیدی در کشورهای غنی و محروم مرتبط شده است که روانشناسان از اواسط دهه پنجاه قرن گذشته با آنها مواجه شدند.

سه منبع مهم اخیر روانشناسی جامعه‌نگر بین‌المللی، اطلاعاتی را برای حمایت از این دید کلی: روانشناسی جامعه‌نگر بین‌المللی: تاریخچه و نظریه‌ها (رایش و همکاران، ۲۰۰۷)، روانشناسی جامعه‌نگر بین‌المللی: برنامه مشترک در تنوع (واسکوئز ریورا و همکاران، ۲۰۰۹)، و تاریخچه روانشناسی جامعه‌نگر در امریکای لاتین: مشارکت و انتقال/دگرگونی (مونتر و سرانو-گارسیا، ۲۰۱۱) ارائه می‌دهند.

در دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ موضوعات روانشناختی اجتماعی کلیدی شامل چگونگی توجه و رسیدگی به نیازهای سلامت و بهداشت روانی جمعیت جهان (بنت، ساراسون، پیچون ریویر، موفا و سویلی) و چگونگی ایجاد کمک‌های روانشناختی مرتبط برای حل مشکلات موجود (فالس بوردا، سیمان و ایسکوار) بودند.

در دهه ۱۹۷۰ نگرانی‌های روانشناسان جامعه‌نگر شامل چگونگی توجه و رسیدگی به نیازهای فقرا، اقلیت‌ها و افراد سالمند (برونفن برنر، آلمیدا، راپاپورت و کلی) و چگونگی توسعه راهبردهای سیاسی اجتماعی جایگزین در کشورهای محروم، برای پایان دادن به استعمار و بهبود شرایط مادی و روانشناختی انسانی (فریر، فانون، مورر لین و دانکن) بودند.

در دهه ۱۹۸۰ موضوعات مطرح شده شامل چگونگی پاسخ به خواسته‌های برابری جنسیتی و نیازهای معلولین (کاگان، برتون، فرانسیسکاتو، بریستو و اورنیلاس) و چگونگی مقابله با موانع روانشناختی موجود در روند دموکراسی‌سازی جهان (مارتین-بارو، مونتر و ریواس، سیدمن، روانشناسان مائوری و الهیات آزادی) بودند.

در دهه ۱۹۹۰ جهان با چگونگی مقابله با بیماری‌های همه‌گیر جدید (ویروس HIV و سایر بیماری‌ها) و با گسترش اعتیادها به مواد (سرانو-گارسیا، پیرز جیمز، مدینا مورا، ناترا و اورفورد) و همچنین راه‌هایی برای مقابله با تأثیرات روانشناختی تحمیل‌های اقتصادی موسسات مالی جهان (زاپاتیستاز، دوبلس، بادر ساوایا، فریتاس و فریر) مواجه شد.

در دهه ۲۰۰۰ جهان باید با تهدیدات جدیدی مانند چگونگی مواجهه با تخریب سیستم‌های طبیعی دنیا و پیامدهای روانشناختی اجتماعی فناوری‌های جدید (مرکادو، مونتر و لیجیوی، ویزنفلد، مالویزی، استارک، فرانسیسکو، وورهیس، بلانچارد و اوبست) و چگونگی مبارزه برای سیاست‌های عمومی مفید و سودمند برای بهزیستی همگان، نه فقط برای نخبگان (اسمیت، سانچز، سانچز ویدال، سیکس اسمیت، ساساوا، میراندا، آبری و زامبرانو) رویارو می‌شد.

در دهه ۲۰۱۰ به نظر می‌رسید جهان به دنبال راه‌هایی برای پرداختن به مهاجرت و مشکلات رکود اقتصادی در همه جای دنیا (پاپینو، نفستاد، بوتچوی، گارسیا رامیرز، لاندبورگ و ولف) و راه‌هایی برای مواجهه با واقعیت‌های روانشناختی اجتماعی مرتبط با سلطه، تبعیض، محرومیت و خشونت ایجاد شده توسط روند قدرتمند سرمایه‌داری، جهت دادن اولویت مطلق به سودهای مالی برای هزینه رفاه و بهزیستی بشریت (تریگو، مورنو، سون، وارگاس مونیز، باومن و ساسیپا) می‌باشد (ادواردو آلمیدا آکوستا، ۲۰۱۱).

مسائل فوق‌بدون شک از نگرانی‌های اصلی روانی اجتماعی دهه‌های تاریخی اخیر هستند. این تصویر، منطبق پشت موضوع اصلی برای سومین کنفرانس بین‌المللی: رویکردهای جامعه‌نگر به مشکلات اجتماعی معاصر را ارائه می‌دهد. تمرکز کنفرانس روی قطبی شدن اقتصادی، بین فرهنگی، فناوری‌های جدید و خشونت بود. کنفرانس برای کمک به بررسی چنین موضوعاتی طرح ریزی شد.

با توجه به اهمیت واقعیت‌های جامعه برای مثال تعامل شناختی و عاطفی جمعی موقعیت‌های زندگی، به عنوان یک مسئله به موقع، همه این اقدامات از طریق فراهم کردن زمینه اضافی برای روانشناسی جامعه‌نگر بین‌المللی در حال ظهور، تحت عنوان یک "علم ارتباط"، اهمیت بیشتری پیدا کردند. باید اذعان داشت که روانشناسی جامعه‌نگر از آن زمان تاکنون، در تجربیات، تنوع در برنامه‌ها، محدودیت در نظریه پردازی و نهادینه کردن دانشگاهی، و کاستی در مرتبط کردن یافته‌هایش، توانمند شده است. تلاش صادقانه ای جهت

کنار گذاشتن برخی اسطوره‌ها و تصورات غلط اخیر در جامعه و در باره روانشناسی جامعه‌نگر انجام گرفته است.

مسئله اصلی برای تمایز رشته علوم اجتماعی از رشته روانشناسی جامعه‌نگر رابطه بین فرد و جامعه نیست، بلکه رابطه بین فرد، جامعه و اجتماع است. روانشناسی جامعه‌نگر به عنوان یک علم ارتباط، با شناختن تنوع برنامه‌های محلی و منطقه ای خود می‌تواند به بررسی و درک مشکلات اجتماعی، از واقعیت‌های رابطه ای انسانی مقوله بندی شده آنها، کمک کند. روانشناسی جامعه‌نگر همچنین می‌تواند به دانش و درک موقعیت‌های ذهنی و عینی فردی مرتبط با رفتارهای سالم و ناسالم و شرایط روانی کمک کند.

این است که می‌گویند مفهوم و واقعیت جامعه نه فقط به نقش میانجی در تبادلات بین فرد و جامعه اشاره دارد، بلکه از برخی جهات، به منظور توضیح دادن و درک کردن وضعیت و پویایی‌های شرایط انسانی: رابطه (Relationality)، ارتباط (Communication) و مکالمه (Conversation)، سومین مولفه مهم به شمار می‌آید.

جامعه به شکلی از ارتباط گروهی مبتنی بر یک تعامل پویای نسبتاً باثبات و پایدار گفته می‌شود که راهبردهای مدیریت تعارض و سطوح متنوعی از مدینه فاضله مشترک را در بر می‌گیرد. به عبارت دیگر ما در ذهن خود یک فرایند جمعی از یک سیستم در حال تحول دارای روابط با ثبات و پایدار، یک شبکه پویای ارتباط، یک وب سایت مکالمه در حال پیشرفت بین افراد را داریم که آنها می‌توانند روابط متقابل، محبت و هویت را در آن سیستم پیدا کنند. جامعه به عنوان رابطه (Relationality)، ساختارهای جامعه ای مختلفی را مطابق با شرایط و مکان‌های تاریخی و فرهنگی، برای خود اتخاذ می‌کند. سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی جامعه‌نگر برای ایجاد دانش در راه ساختارهای جامعه ای متنوع، رویکرد تجارب و مقابله با چهار نگرانی اصلی دوران ما طرح ریزی شد. این نگرانی‌ها شامل موارد زیر هستند:

۱- دید انتقادی روانشناسی جامعه‌نگر (Critical vision of community psychology)

۲- بهداشت به عنوان یک چالش جامعه (Health as a community challenge)

۳- خشونت، تلاش‌ها برای زندگی اجتماعی (Violence, attempts upon community life)

۴- فرهنگ‌ها و جوامع (Cultures and communities)

در سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی جامعه‌نگر چهار مشکل موجود جهان معاصر مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت: (۱) اثرات منفی جهانی شدن به عنوان قطبی کردن اقتصادی بین اغنیاء و فقرا، (۲) توزیع نابرابر فناوری‌های جدید و پیامدهای زیانبار یکجانشینی و نفس‌گرایی آنها، (۳) عدم تقارن‌ها و نابرابری‌ها در روابط بین فرهنگی که بواسطه فرایند مهاجرت افزایش یافته و تشدید شده اند، و (۴) گسترش تقریباً باور نکردنی خشونت در سراسر جهان.

گرچه واقعیت سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی جامعه‌نگر در پوبلای مکزیک یک چالش ترسناک بود، ولی این کنفرانس دستاوردهایی را برای جامعه بشری در پی داشت. بازتاب‌هایی این کنفرانس، پیشرفت تدریجی روانشناسی جامعه‌نگر بین‌المللی، به عنوان یک خدمت و وظیفه جهانی، برای کمک به تقویت، شان و مقام دادن به زندگی همه انسان‌ها در سراسر جهان بود (ادواردو آلمیدا آکوستا، ۲۰۱۱).

فرناندو پِسوآ (Fernando Pessoa) (۲۰۱۰) در فضای پر جنب و جوش سومین کنفرانس

بین‌المللی روانشناسی جامعه‌نگر بیان کرد:

از هر چیز، سه چیز باقی می‌ماند:

این یک امر مسلم است که ما همیشه در حال شروع کردن مجدد هستیم.

این یک امر مسلم است که ما باید به پیش برویم.

این یک امر مسلم است که در فرایند پیشرفت، قبل از اینکه تمام کنیم، دچار وقفه

خواهیم شد.

یک مسیر جدید بدون وقفه بوجود بیاورید،

یک گام رقصان بدون افتادن بردارید،

یک نردبان بدون ترس بسازید،

یک پل بدون رویاها بسازید،
یک رویارویی بدون خستگی انجام دهید.

روانشناسی جامعه‌نگر و حوزه‌های مرتبط

روانشناسی جامعه‌نگر یک رشته تحصیلی روانشناختی جامع و فراگیر است که روابط بین افراد، جامعه و اجتماع را به عنوان یک کل مورد بررسی قرار می‌دهد. رشته‌های نزدیک مرتبط با روانشناسی جامعه‌نگر شامل روانشناسی زیست محیطی، روانشناسی محیطی، روانشناسی بین‌فرهنگی، روانشناسی اجتماعی، علوم سیاسی، سلامت عمومی، جامعه‌شناسی، مددکاری اجتماعی و توسعه/تکامل جامعه‌نگر هستند (ماتون، پرکینز و سایگرت، ۲۰۰۶). پژوهش در رشته روانشناسی جامعه‌نگر معمولاً با بسیاری از رشته‌های وابسته مانند جامعه‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، سیاست عمومی و علوم سیاسی ارتباط پیدا می‌کند (راهنمای درسی روانشناسی، ۲۰۱۴). ترکیب کردن یا در هم آمیختن عناصری از رشته‌های دیگر از جمله جامعه‌شناسی، علوم سیاسی، بهداشت عمومی، روانشناسی بین‌فرهنگی و روانشناسی اجتماعی یک موضوع نسبتاً وسیع و گسترده در روانشناسی است. روانشناسان فعال در این رشته، به جنبه‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی‌ای نگاه می‌کنند که زندگی مردم را در سراسر دنیا شکل می‌دهد و آن را تحت تاثیر قرار می‌دهد (چری، ۲۰۱۴).

مردم گاهی اوقات روانشناسی جامعه‌نگر را با حوزه‌ها و زمینه‌های مرتبط مانند مددکاری اجتماعی، روانشناسی بین‌فرهنگی و روانشناسی اجتماعی اشتباه می‌گیرند. در عین حال که روانشناسی جامعه‌نگر با حوزه‌های مرتبط شباهت‌های زیادی دارد و اغلب در تساوی با این رشته‌ها قرار می‌گیرد، توجه به بعضی تفاوت‌های اساسی اهمیت دارد. برای مثال، روانشناسی جامعه‌نگر، با تمرکز بر عمل و حل مشکلات، بسیار شبیه به روانشناسی بالینی می‌باشد. هدف هر دوی این رشته‌ها، درمان مشکلات بهداشت روانی مردم است. گرچه، روانشناسی بالینی گرایش به تمرکز بیشتر در حل مشکلات فردی دارد، ولی روانشناسی جامعه‌

نگر به درک و شناخت مسائل زیربنایی و اساسی اجتماعی که در این مشکلات نقش دارند، اختصاص دارد.

روانشناسی جامعه‌نگر همچنین یک رویکرد کلی نگر و جامع مبتنی بر سیستم را برای درک رفتار و اینکه مردم چگونه با جامعه تناسب پیدا می‌کنند، اتخاذ می‌کند، بسیار شبیه به حوزه‌ها و زمینه‌های مرتبط مانند جامعه‌شناسی و روانشناسی اجتماعی. روانشناسی جامعه‌نگر همچنین با جامعه‌شناسی و روانشناسی اجتماعی تفاوت دارد زیرا روانشناسی جامعه‌نگر، بجای تجزیه و تحلیل صرف، به شدت معطوف به سمت مشکلات پیدا شده و تثبیت شده است (راهنمای درسی روانشناسی، ۲۰۱۴). روانشناسی جامعه‌نگر گرایش به تمرکز بیشتر در بکارگیری و استفاده از دانش روانشناختی و اجتماعی برای حل مشکلات، خلق و ایجاد راه حل‌های دنیای واقعی و اقدام کردن فوری دارد.

تفاوت بین روانشناسی جامعه‌نگر و بهداشت جامعه‌نگر / بهداشت عمومی این است که روانشناسی جامعه‌نگر به طور اختصاصی بر بهداشت روان متمرکز است و به بنیانی می‌پردازد که بسیاری از پایه‌های وجود انسانی را می‌سازد (راهنمای درسی روانشناسی، ۲۰۱۴).

مانند بهداشت عمومی و مشاوره بهداشت روانی، روانشناسی جامعه‌نگر نیز بر پیشگیری از مشکلات و ارتقاء سلامت و بهزیستی و رفاه متمرکز است. روانشناسی جامعه‌نگر همچنین یک جزء و مولفه پژوهش محور بسیار قوی دارد. روانشناسان جامعه‌نگر اغلب پژوهش اصیل را انجام می‌دهند، چارچوب‌های نظری را توسعه و گسترش می‌دهند و سپس این دانش را به طور مستقیم در جوامع عمومی و خصوصی بکار می‌گیرند.

همان طور که مشاهده می‌شود روانشناسی جامعه‌نگر با تعدادی از رشته‌های دیگر، همپوشی دارد. با این حال، روانشناسی جامعه‌نگر برای ساختن و بوجود آوردن، مشارکت‌های مهم و منحصر به فرد متعلق و مختص به خود را دارد. اهداف اصلی و عمده روانشناسی جامعه‌نگر، خلق و ایجاد راه‌های جدید برای توانمندسازی مردم در جوامع خود، ترویج تغییر اجتماعی و تنوع، ارتقاء بهزیستی و رفاه فردی و اجتماعی و پیشگیری از اختلال هستند (چری، ۲۰۱۴).

روانشناسی جامعه‌نگر و سلامت عمومی

امروزه، روانشناسی جامعه‌نگر بخش حیاتی و مهم سیستم آموزشی بهداشت عمومی و جامعه‌نگر تلقی می‌شود. روانشناسی جامعه‌نگر ممکن است یک نقش اساسی را در تحلیل مداوم روش‌های در حال توسعه ایفا کند که در آن با رکود القاء شده اجتماعی، انبوهی از مشکلات مختلف، بیخانمانی و مصرف مواد مبارزه کند (راهنمای درسی روانشناسی، ۲۰۱۴). روانشناسی جامعه‌نگر روش‌ها، موضوعات، نظریه‌ها و ارزش‌های زیاد مشترکی با رشته سلامت عمومی دارد. هر دو رشته بر توسعه مهارت و استفاده از رویکردی تاکید دارند که شرکت‌کنندگان را در طرح ریزی برنامه، اجرا، و ارزیابی درگیر می‌کند. آنها همچنین روش‌های کمی و کیفی را برای فرآیند و ارزیابی نتایج بکار می‌گیرند. روش‌ها مانند حمایت، سازماندهی جامعه‌ای، نفوذ بر سیاست و انتشار آن در هر دو رشته به کار گرفته می‌شود. روانشناسان جامعه‌نگر بر عناصر اجتماعی بهداشتی، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت شامل حمایت بین فردی، استرس و شیوه مقابله، مشارکت شهروندان، سرمایه اجتماعی، سلامتی و ارتقاء سلامت، و تغییر اجتماعی در افراد، تغییر و اصلاح اجتماعی در جوامع، مردم، خانواده‌ها، مدارس، کلیساها، محیط‌های کاری و جوامع متمرکز هستند و در آنها تخصص دارند. رویکردهای مشترک متقابل و خودیاری نیز در هر دو رشته همپوشی دارند (زیمرمن، ۲۰۰۰، راهنمای درسی روانشناسی، ۲۰۱۴).

روانشناسی جامعه‌نگر و سلامت عمومی، نظریه‌ها و مدل‌های مفهومی مشابهی از جمله نظریه توانمندسازی، نظریه‌های تغییر اجتماعی، انتشار ابتکار و نوآوری و نظریه زیست محیطی را بکار می‌گیرند. روانشناسی جامعه‌نگر، به مسائل فرهنگی و تنوع/گوناگونی در استفاده هم از نظریه و هم از پژوهش و در طراحی مداخله، تاکید می‌کند. این موضوع همسو با رویکردهای سلامت عمومی است زیرا برنامه‌ها برای مطابقت پیدا کردن با ارزش‌ها، هنجارها و عقاید مخاطبان توسعه پیدا می‌کنند و اصلاح و تعدیل می‌شوند، ضمن اینکه متمرکز بر تفاوت‌های قومی، رفتاری (برای مثال، همجنس‌گرایی، استفاده از مواد مخدر داخل وریدی)، جنسیتی یا فرهنگی می‌باشند. هر دو رشته روانشناسی جامعه‌نگر و سلامت عمومی روابط

اجتماعی را مد نظر قرار می‌دهند، اعضای جامعه مختلف را درگیر می‌کنند، و عوامل بیرون از فرد را، هنگامی که به مشکلات افراد نگاه می‌کنند، مورد مطالعه قرار می‌دهند، بنابراین از سرزنش کردن صرف افراد برای مشکلات شان، اجتناب می‌کنند (زیمرمن، ۲۰۰۰).

روانشناسی جامعه‌نگر همچنین از سلامت عمومی سنتی به چندین روش تفاوت دارد. بخش عمده‌ای از تمرکز روانشناسی جامعه‌نگر بر مسائل بهداشت روانی است در حالی که سلامت عمومی بر نگرانی‌های سلامتی سنتی تر مانند بیماری‌های مسری، بیماری‌های قلبی عروقی، آسم، دیابت و سرطان تاکید دارد. روانشناسی جامعه‌نگر تمایل به تمرکز بیشتر بر جنبه‌های رفتاری سلامت مانند مصرف الکل و مواد، رفتارهای پرخطر جنسی، بارداری نوجوانان و خشونت دارد. روانشناسی جامعه‌نگر همچنین شامل موضوعاتی می‌شود که مباحث سلامت عمومی ریشه‌ای مانند بی‌خانمانی، ترک تحصیل در مدرسه و بیکاری را مد نظر قرار می‌دهند. سلامت عمومی یک رویکرد عمل‌گراتر به مشکلات اجتماعی دارد، در حالی که روانشناسی جامعه‌نگر بر نظریه و پژوهش اجتماعی تاکید دارد. با این حال، هر دو رشته روانشناسی جامعه‌نگر و سلامت عمومی بر پیشگیری، توانمند سازی، ترویج و ارتقاء رفتارها و بافت‌های سالم، و محیط‌های خلاق برای مشارکت، بهسازی، پیشرفت و بهتر شدن جامعه تاکید می‌نمایند (زیمرمن، ۲۰۰۰).

روانشناسی جامعه‌نگر در برابر روانشناسی سلامت

روانشناسی جامعه‌نگر از روانشناسی سلامت به راه‌های مختلفی، متفاوت است. روانشناسی جامعه‌نگر بر تغییر اجتماعی و عوامل اجتماعی مرتبط با پیامدهای سلامت متمرکز است، و توجه بیشتری به بافت و تغییر در سطوح سازمانی و جامعه دارد، در حالیکه روانشناسی سلامت بر رفتار و تغییر سلامت فردی تاکید دارد. نظریه‌های مورد استفاده در روانشناسی سلامت همچنین بر عواملی متمرکز هستند که تغییر رفتار را پیش‌بینی می‌کنند مانند مدل اعتقاد بهداشتی، مدل قصد رفتاری یا نظریه عمل منطقی و مراحل تغییر رفتار. روانشناسی جامعه‌نگر تعیین‌کننده‌های چندگانه بهداشتی و بافتی که در آن انتخاب‌های رفتاری ساخته می‌شوند را

بررسی می‌کند. در حالی که روانشناسی سلامت بر انگیزه فردی و عوامل شناختی مرتبط با رفتار سلامت متمرکز است، روانشناسی سلامت همچنین تمایل به استفاده از رویکردهایی به مداخله دارد که در آن شرکت کنندگان، دریافت کنندگان منفعل برنامه می‌باشند. رویکردهای روانشناسی جامعه‌نگر مانند رویکردهای سلامت عمومی، ماهیتا بیشتر مشارکتی هستند و دریافت کنندگان برنامه در طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌ها درگیر هستند. با این حال، این دو رشته، در برخی از روش‌ها با هم همپوشی دارند. روانشناسی سلامت و روانشناسی جامعه‌نگر شامل مطالعات حمایت اجتماعی و مداخلات به منظور افزایش حمایت هستند، و آنها هر دو بر ایجاد مهارت، شایستگی، و خود توانی تاکید می‌کنند. آنها همچنین موضوعات مشابهی را بررسی می‌کنند، اما روانشناسی جامعه‌نگر شامل یک آرایه گسترده‌تر از موضوعاتی است که ممکن است به فراتر از تعاریف سنتی سلامت گسترش پیدا کنند (زیمرمن، ۲۰۰۰).

نظریه‌ها، مفاهیم و ارزش‌ها در روانشناسی جامعه‌نگر

نظریه‌ها، مفاهیم و ارزش‌ها در روانشناسی جامعه‌نگر شامل سطوح زیست محیطی تحلیل (Ecological levels of analysis)، تغییر مرتبه اول و مرتبه دوم (First-order and second-order change)، پیشگیری و ارتقاء سلامت (Prevention and health promotion)، توانمندسازی (Empowerment)، عدالت اجتماعی (Social justice)، تنوع/گوناگونی (Diversity)، سلامتی فردی (Individual wellness)، مشارکت شهروندان (Citizen participation)، همکاری و نقاط قوت جامعه (Collaboration and community strengths)، حس روانشناختی جامعه (Psychological sense of community) و پایه تجربی/اصول تجربی (Empirical grounding) می‌باشند که در زیر به آنها اشاره می‌شود.

• سطوح زیست محیطی تحلیل (Ecological levels of analysis)

جیمز کلی (۱۹۶۶) و تریکت (۱۹۸۴) یک قیاس زیست محیطی را بوجود آوردند برای درک راه‌هایی که در آن محیط‌ها و افراد با یکدیگر ارتباط پیدا می‌کنند. بر خلاف چارچوب

زیست محیطی ارائه شده توسط برونفن برنر (۱۹۷۹)، تمرکز چارچوب کلی خیلی روی این موضوع نبود که چگونه سطوح مختلف محیطی ممکن است بر فرد تاثیر بگذارند، ولی تمرکز آن روی درک نحوه عملکرد جوامع انسانی بود. به طور خاص، کلی پیشنهاد می‌کند چهار اصل مهم وجود دارد که بر افراد در محیط حکومت می‌کنند. این چهار اصل شامل سازگاری/انطباق (Adaptation)، توالی/سلسله/ترادف (Succession)، چرخه منابع (Cycling of resources) و وابستگی متقابل/وابستگی درونی (Interdependence) هستند:

- سازگاری/انطباق (Adaptation): سازگاری/انطباق یعنی که آنچه افراد انجام می‌دهند، خواسته و تقاضاهای معین سازگاران/انطباقی بافت محیط اطراف هستند. این یک فرآیند دو طرفه است: افراد خود را با محدودیت‌ها، قید و بندها، و کیفیت محیط وفق می‌دهند، در عین حال محیط هم با اعضای خود سازگار می‌شود (تریکت، ۱۹۷۲).

مثال: با توجه به انطباق فرد، مثلاً زمانی که فرد خود را با درخواست‌های یک شغل جدید سازگار می‌کند، خود را با محیط از طریق یادگیری یا کسب هر گونه مهارت‌های ضروری وفق می‌دهد که این مهارت‌ها ممکن است برای انجام دادن خوب کارها و تکالیف لازم باشند. در سمت محیطی انطباق، ما می‌توانیم موقعیت‌های مختلف مربوط به خانواده را تجسم کنیم مانند تولد یک کودک، شغل جدید یک والد، و یا زمانی که فرزندان در کالج حضور پیدا می‌کنند و به دور از خانه نقل مکان می‌کنند. در تمامی این موارد، محیط در صورت لزوم برای تغییر در اعضای خود، سازگار می‌شود (کلوس، هیل، توماس و همکاران، ۲۰۱۲).

- توالی/سلسله/ترادف (Succession): هر محیط تاریخچه‌ای دارد که ساختارها، هنجارها، نگرش‌ها و سیاست‌های متداول را بوجود آورده است و برای هر گونه مداخله در این محیط باید این تاریخچه را درک کند و بفهمد که چرا سیستم فعلی به شکلی است که دارد عمل می‌کند. این اصل در حق خانواده‌ها، سازمان‌ها و جوامع بکار گرفته می‌شود. به علاوه، معنی توجه و درک جانشینی/توالی در این واحدها این است که روانشناسان باید تاریخچه آن واحد

(خانواده، سازمان و یا جامعه) را قبل از اقدام به اجرای یک طرح و برنامه مداخله بشناسند و بفهمند (کلوس، هیل، توماس و همکاران، ۲۰۱۲).

- **چرخه منابع (Cycling of resources):** هر محیط منابعی دارد که لازم است شناسایی شوند و امکانات برای منابع جدید ایجاد گردند. چشم انداز منابع بر تمرکز روی نقاط قوت افراد، گروه‌ها و نهادها در محیط تاکید دارد و مداخلات در صورتی که بجای معرفی مکانیسم‌های جدید بیرونی برای تغییر، بر روی این قبیل نقاط قوت موجود بناء گردند، بیشتر احتمال دارد موفقیت شوند. منابع شخصی شامل استعدادها، نقاط قوت، یا تخصص‌های فردی، همچنین منابع اجتماعی مانند هنجارها، باورها، یا ارزش‌های مشترک وجود دارند؛ بعلاوه، جنبه‌های محیط فیزیکی می‌توانند به عنوان منابع در نظر گرفته شوند مانند مکان‌های آرام استراحت، کتابخانه و سایر ویژگی‌های یک فضای بخصوص (کلوس، هیل، توماس و همکاران، ۲۰۱۲).

- **وابستگی متقابل / وابستگی درونی (Interdependence):** محیط‌ها، سیستم‌ها و نظام‌ها هستند، و هرگونه تغییر در یک جنبه از محیط، بر روی سایر جنبه‌های محیط تاثیر خواهد گذاشت، به طوری که لازم است تاثیر هرگونه مداخله در تمام محیط پیش بینی شود، و محیط برای عواقب ناخواسته آن مداخله آماده باشد. هنگامی که ما به یک مدرسه نگاه می‌کنیم، برای مثال، در دنیای واقعی، قسمت‌های به هم وابسته عبارتند از: دانش آموزان، معلمان، مدیران، والدین دانش آموزان، اعضا و کارکنان (منشی‌ها، سرایداران، مشاوران، پرستاران)، اعضای هیئت مدیره و مالیات دهندگان (کلوس، هیل، توماس و همکاران، ۲۰۱۲).

● **تغییر مرتبه اول و مرتبه دوم (First-order and second-order change)**

به این دلیل که روانشناسان جامعه‌نگر اغلب روی مسائل اجتماعی کار می‌کنند، آنها غالباً در حال کار کردن به سمت تغییر اجتماعی مثبت هستند. پژوهش بر روی موقعیت‌های ناخوشایند، نامطلوب، یا مشکل آفرین در یک جامعه، به این روانشناسان اجازه می‌دهد تا راه‌هایی را برای بهسازی، بهتر شدن و پیشرفت‌ها در جامعه کشف کنند. تغییر مرتبه اول و مرتبه دوم، راه‌های تغییر مشکل جامعه هستند. واتزلویک و همکاران (۱۹۷۴) بین تغییر مرتبه اول و

مرتب‌ه دوم تفکیک قائل شدند و اینکه چگونه تغییر مرتبه دوم غالباً کانون توجه روانشناسی جامعه‌نگر است (تریکت، ۱۹۷۲).

- **تغییر مرتبه اول:** تغییر دادن افراد در یک محیط جهت تلاش برای رفع یک مشکل. به عبارت دیگر تغییر خود افراد برای مثال، درمان مشکل سوء مصرف مواد فرد.

- **تغییر مرتبه دوم:** توجه به سیستم و ساختارهای درگیر با این مشکل برای سازگاری متناسب فرد - محیط. به عبارت دیگر پژوهش و تغییر یک سیستم یا ساختار، کم و بیش برای کمک به پیشگیری از مشکلات، قبل از اینکه آنها شروع شوند. در رابطه با مثال اول، این ممکن است شامل پژوهش و درک این مسئله باشد که چرا بسیاری از اعضای جامعه دچار سوء استفاده مواد یا الکل می‌شوند و کار کردن برای پیشگیری از آن.

به عنوان یک مثال که چگونه این روش‌ها با یکدیگر تفاوت دارند، مشکل بی‌خانمانی را در نظر بگیرید. یک تغییر مرتبه اول به "حل" بی‌خانمانی، دادن سرپناه به فرد یا به بسیاری از افراد بی‌خانمان خواهد بود. تغییر مرتبه دوم، رسیدگی به مسائل در سیاست در مورد خانه سازی ارزان قیمت و مقرون به صرفه، خواهد بود.

• **پیشگیری و ارتقاء سلامت (Prevention and health promotion)**

روانشناسی جامعه‌نگر بر اصول و راهبردهای پیشگیری از مشکلات اجتماعی، هیجانی، رفتاری و سلامتی و ارتقاء سلامت در سطوح فردی و جامعه، عاریت گرفته شده از بهداشت عمومی و طب پیشگیری، تاکید می‌کند تا یک مدل پزشکی مبتنی بر درمان، یعنی "روش قابل انتظار"، منفعل. در روانشناسی جامعه‌نگر پیشگیری همگانی، گزینشی/انتخابی، اولیه، و معرف یا پیشگیری ثانویه (شناسایی و مداخله به موقع)، به ویژه مورد تاکید هستند. همکاری‌ها و مشارکت‌های روانشناسی جامعه‌نگر در علم پیشگیری از جمله ایجاد/توسعه و ارزیابی برنامه کمک آموزشی هد استارت (Head Start Program, 1964) که ایده جان اف. کندی (رئیس جمهور وقت آمریکا) بود، مهم و قابل توجه بوده‌اند. برنامه هد استارت و ارلی هد استارت، یک برنامه فدرال/محلی پرورش کودک برای زنان باردار و کودکان تا سن ۵ سالگی برای

خانواده‌های کم درآمد است و خدمات فراگیر بهداشتی و اجتماعی برای خانواده‌ها و نیز برنامه تحصیلی برای کودکان را ارائه می‌دهد. برنامه هد استارت به این صورت است که برای کودکان یک یا دو ساله دوره کودکان، همراه با خدمات غذایی و پزشکی را تامین می‌کند. درگیری والدین برای پروژه هد استارت، اهمیت زیادی دارد. والدین در جلسات سیاست‌گذاری شرکت می‌کنند و در برنامه‌ریزی آن مشارکت دارند. آنها همچنین بطور مستقیم با کودکان در کلاس‌های درس کار می‌کنند، در برنامه‌های مخصوص فرزندپروری و رشد کودک شرکت می‌جویند و خدماتی را دریافت می‌کنند که هدف آنها کمک به نیازهای عاطفی، اجتماعی و شغلی خود آنهاست. در حال حاضر، بیش از ۱۳۰۰ مرکز هد استارت، سالیانه به ۷۲۰ هزار کودک خدمت می‌کنند. بیش از ۲۰ سال پژوهش، منافع دراز مدت مداخله پیش دبستانی را به اثبات رسانده و همین امر به بقای هد استارت کمک کرده است. نتایج پژوهش حاکی است کودکانی که در این برنامه‌ها شرکت داشتند در ۲ تا ۳ سال اول مدرسه ابتدایی، هوش بهر بالاتر و پیشرفت تحصیلی بیشتری از کودکان شاهد داشتند. بعد از این زمان، تفاوت‌ها در نمرات آزمون، کاهش یافتند. با وجود این کودکانی که تحت مداخله قرار گرفته بودند، از نظر سازگاری با دوران تحصیلی تا نوجوانی، جلوتر از افراد گروه شاهد بودند آنها به احتمال کمتری تحت آموزش ویژه قرار گرفتند یا مردود شدند و تعداد بیشتری از آنها دوره دبیرستان را تمام کردند.

• توانمندسازی (Empowerment)

یکی از اهداف روان‌شناسی جامعه‌نگر شامل توانمندسازی افراد و جوامع برای جامعه به حاشیه رانده شده است.

یک تعریف برای اصطلاح توانمندسازی این عبارت است "یک فرایند عمده مداوم محوری تمرکز یافته در جامعه محلی شامل احترام متقابل، تفکر انتقادی، مراقبت و مشارکت گروهی، از طریق افراد فاقد سهم مساوی منابع، در کسب دسترسی بیشتر به این منابع و کنترل بیشتر روی آنها" (گروه توانمندسازی کرنل) (زیمرمن، ۲۰۰۰).

تعریف راپاپورت (۱۹۸۴) شامل این عبارت است "توانمند سازی به عنوان یک فرایند در نظر گرفته می‌شود: مکانیسمی که بوسیله آن افراد، سازمان‌ها و جوامع بر زندگی خود تسلط بدست می‌آورند".

در حالی که توانمندسازی، در پژوهش و ادبیات روان‌شناسی جامعه‌نگر، یک جایگاه مهم داشته است، بعضی‌ها استفاده از آن را مورد انتقاد قرار داده‌اند. برای مثال، ریگر (۱۹۹۳) به ماهیت متناقض توانمندسازی، در وجود یک سازه مردانه فردی بکار رفته در پژوهش‌های جامعه‌نگر، اشاره می‌کند.

• عدالت اجتماعی (Social justice)

ارزش هسته‌ای/اصلی روانشناسی جامعه‌نگر، جستجوی عدالت اجتماعی از طریق پژوهش و عمل است. روانشناسان جامعه‌نگر غالباً طرفدار و حامی برابری و سیاست‌هایی هستند که رفاه همه مردم، به ویژه افراد و جمعیت‌های به حاشیه رانده شده را مد نظر قرار می‌دهد (دالتون، الیاس و واندرزمن، ۲۰۰۱).

• تنوع/گوناگونی (Diversity)

ارزش دیگر روانشناسی جامعه‌نگر شامل پذیرش تنوع و گوناگونی است. راپاپورت تنوع را به عنوان یک جنبه مشخص این رشته، فراخواننده انجام پژوهش برای بهره‌مندی افراد و جمعیت‌های گوناگون، در به دست آوردن برابری و عدالت، به حساب می‌آورد. این ارزش، از طریق بسیاری از پژوهش‌های انجام شده با جوامع، صرف نظر از قومیت، فرهنگ، گرایش جنسی، وضعیت ناتوانی، وضعیت اقتصادی اجتماعی، جنسیت و سن مشاهده می‌شود.

• سلامتی فردی (Individual wellness)

سلامتی فردی بهزیستی جسمی و روانشناختی همه مردم است. پژوهش در روانشناسی جامعه‌نگر متمرکز بر روش‌هایی است که افزایش سلامتی فردی را به ویژه از طریق پیشگیری و تغییر مرتبه دوم، افزایش می‌دهد (دالتون، الیاس و واندرزمن، ۲۰۰۱).

● مشارکت شهروندان (Citizen participation)

مشارکت شهروندان به توانایی‌های افراد برای داشتن یک صدا در تصمیم‌گیری، مشخص کردن مشکلات و رسیدگی به آنها و انتشار اطلاعات جمع‌آوری شده در مورد آنها بر می‌گردد (دالتون، الیاس و واندرزمن، ۲۰۰۱). این اساس استفاده از پژوهش عمل‌مشارکتی در روانشناسی جامعه‌نگر است، جایی که اعضای جامعه غالباً، از طریق به اشتراک گذاشتن دانش و تجربه منحصر به فرد خود با گروه پژوهشی و کار کردن به عنوان همکار پژوهشگران، در روند پژوهش درگیر می‌شوند.

● همکاری و نقاط قوت جامعه (Collaboration and community strengths)

همکاری با اعضای جامعه برای ساختن طرح‌های پژوهش و عمل، روانشناسی جامعه‌نگر را یک رشته فوق‌العاده کاربردی می‌کند. با اجازه دادن به جوامع برای استفاده از دانش خود برای کمک در طرح‌ها، به یک روش تشریک‌مسابی، عادلانه و برابر، فرایند پژوهش می‌تواند خود را برای شهروندان توانمند و قدرتمند کند. این نیاز به یک ارتباط مداوم بین پژوهشگر و جامعه دارد، قبل از اینکه پژوهش شروع شود تا بعد از اینکه پژوهش، پیشرفت کرد (دالتون، الیاس و واندرزمن، ۲۰۰۱).

● حس روانشناختی جامعه (Psychological sense of community)

حس روانشناختی جامعه (یا به طور ساده "حس جامعه")، در سال ۱۹۷۴ توسط سیمور ساراسون معرفی شد. در سال ۱۹۸۶، یک قدم بزرگ توسط دیوید مک‌میلان و دیوید چاوینس با انتشار "نظریه حس جامعه" و در سال ۱۹۹۰ با مطرح شدن "حس شاخص جامعه" (Sense of Community Index) (SCI) توسط پرکینز، فلورین، ریچ و همکاران (۱۹۹۰) برداشته شد. حس شاخص جامعه (SCI) که در ابتدا طرح ریزی شد، می‌توانست برای بررسی سایر جوامع، همچنین محل کار، مدارس، جوامع مذهبی، جوامع مورد علاقه و غیره انطباق داده شود.

● پایه تجربی / اصول تجربی (Empirical grounding)

روانشناسی جامعه‌نگر کلیه اقدام‌های طرفداری/دفاع و عدالت اجتماعی را در تجربه‌گرایی پایه‌ریزی می‌کند. پایه یا اصول تجربی چیزی است که روانشناسی جامعه‌نگر را از یک جنبش اجتماعی یا سازمان محلی جدا می‌کند. روش‌هایی از روانشناسی برای استفاده در این رشته اقتباس شده‌اند که به پژوهش ذهنی ارزش‌محور برای درگیر ساختن اعضای جامعه اذعان دارند. بنابراین روش‌های مورد استفاده در روانشناسی جامعه‌نگر با هر سوال پژوهشی فردی، طراحی و متناسب شده‌اند. روش‌های کمی همچنین کیفی و سایر روش‌های ابتکاری و نوآورانه پذیرفته شدند (دالتون، الیاس و واندرزمن، ۲۰۰۱). انجمن روانشناسی آمریکا مسئولیت دو کنفرانس مهم را در مورد روش‌های تحقیق جامعه‌نگر قبول کرده است (تولان، کیز، چرتوک و همکاران، ۱۹۹۰، جیسون، کیز، سوارز-بالسازار و همکاران، ۲۰۰۴) و اخیراً، یک کتاب ویرایش شده در باره این موضوع را منتشر کرده است (جیسون و گلن ویک، ۲۰۱۲).

آموزش

● ارتباط/پیوند آموزشی (Education connection)

بسیاری از برنامه‌های مربوط به روانشناسی جامعه‌نگر در بخش‌های روانشناسی قرار دارند، در حالی که سایر برنامه‌ها میان رشته‌ای هستند. دانشجویان با اخذ مدرک روانشناسی جامعه‌نگر دروس و دوره‌هایی را می‌گذرانند که بر تاریخچه و مفاهیم این رشته، تنوع انسانی و صلاحیت/شایستگی فرهنگی، بهداشت عمومی، روش‌های تحقیق جامعه‌نگر و آمار، کار تشریح مساعی در جوامع، توسعه و مشاوره جامعه‌نگر و سازمانی، پیشگیری و مداخله، ارزیابی برنامه و نوشتن کمک‌مالی متمرکز هستند. پژوهش هم در مقطع دکترا و هم کارشناسی ارشد بخش بزرگی را به خود اختصاص می‌دهد، به طوری که روانشناسان جامعه‌نگر مداخلات را بر نظریه و عمل محوری پایه‌ریزی می‌کنند و از پژوهش عمل‌محور برای ترویج و ارتقاء تغییر مثبت استفاده می‌کنند. علاوه بر این، دانشجویان معمولاً زیر نظر مربیان

هیئت علمی در موسساتی مهارت پیدا خواهند کرد که مربوط به برنامه‌های محلی، سازمان‌ها، کمک‌های مالی، افراد خاص یا مسائل مورد نظر اجتماعی هستند- دانشجویان حاضر در این موسسات شانس تمرین کار کردن را به عنوان یک روانشناس جامعه‌نگر، تحت نظارت یک عضو هیات علمی، خواهند داشت (سازمان آرمانگرا، ۲۰۱۴).

• الزامات آموزشی و تعلیمی در روانشناسی جامعه‌نگر

اکثر روانشناسان جامعه‌نگر حداقل دارای مدرک کارشناسی ارشد یا دکتری در رشته روانشناسی هستند. تعدادی برنامه‌های روانشناسی جامعه‌نگر قابل دسترس وجود دارند، اما سایر دانشجویان یک مدرک بین رشته‌ای یا یک مدرک عمومی، با تمرکز بر موضوعات روانشناسی جامعه‌نگر را برای بدست آوردن آنها انتخاب می‌کنند.

برخی از دروسی که یک روانشناس جامعه‌نگر علاقه‌مند باید اخذ کند، شامل موارد

زیر هستند:

- رفتار اجتماعی
- روش‌های تحقیق
- آمار
- بهداشت عمومی
- توسعه سازمانی
- نوشتن گرانته/کمک مالی
- برنامه‌های پیشگیری در حال توسعه
- روانشناسی توسعه/تکامل/ارشد
- جامعه‌شناسی
- مشکلات اجتماعی
- توسعه/تکامل جامعه

تعلیم و آموزش در روانشناسی جامعه‌نگر هم بر پژوهش متمرکز است و هم بر عمل. دانشجویان تحصیلات تکمیلی آموزش گسترده‌ای را در روش‌های تحقیق و آمار اجتماعی، همچنین چگونگی قرار دادن این اطلاعات برای استفاده عملی، از طریق ایجاد و توسعه برنامه‌های عمل محور جامعه دریافت می‌کنند.

مطابق با نظر کلی (۱۹۷۱) حائز اهمیت است که روانشناسان جامعه‌نگر چند کیفیت مهم را نشان دهند. نخست، برای این متخصصان اهمیت دارد که بخشی از جوامعی بشوند که تلاش می‌کنند آنها را تغییر دهند. همچنین روانشناسان جامعه‌نگر باید تنوع را بپذیرند و از آن استقبال کنند، چون کارشان، آنها را در تماس نزدیک با مردم از کلیه اقشار و طبقات، قرار می‌دهد. در نهایت، روانشناسان جامعه‌نگر باید آماده رویارویی با چالش‌ها و مقابله با منابع محدود باشند. به منظور ایجاد تغییر در یک جامعه، این متخصصان اغلب باید بهترین چیزی که قابل دسترس باشد را بوجود بیاورند و به دنبال راه‌های جدید برای بدست آوردن مساعدت و کمک و ایجاد مشارکت در جامعه باشند (چری، ۲۰۱۴).

دیدگاه روان‌شناسی جامعه‌نگر

روانشناسی جامعه‌نگر شاخه‌ای از روانشناسی است که شامل مطالعه چگونگی ارتباط افراد با جوامع خود و تاثیر متقابل جوامع روی افراد می‌باشد. روان‌شناسی جامعه‌نگر، رویکردی به بهداشت روانی است که برای نیروهای محیطی، در ایجاد و کاهش مشکلات اهمیت زیادی قایل است. روان‌شناسی جامعه‌نگر رشته‌ای نیست که بر بیماری افراد یا درمان انفرادی تأکید داشته باشد. این رشته بر پیشگیری متمرکز است نه بر درمان. در ضمن افراد و سازمان‌های اجتماعی را تشویق می‌کند مشکلات خود را تحت کنترل بگیرند و بر مشکلات خویش غلبه کنند تا دیگر نیازی به مداخله حرفه‌ای سنتی نباشد. روان‌شناسی جامعه‌نگر مفهوم بهداشت روانی اجتماع را مطرح کرد. بهداشت روانی اجتماع به این معناست که هر اجتماع

مسئول اعضای خود می‌باشد و خدمات بهداشت روانی اجتماع باید به پیشگیری از مشکلات و کارکرد بهتر اجتماع و نظام‌هایش کمک کنند (فیرس و ترال، ۱۳۸۲).

روانشناسی جامعه‌نگر که از تغییر اجتماعی به جای تغییر فردی حمایت و طرفداری می‌کند، رشته نسبتاً جدیدی است. انجمن پژوهش و عمل جامعه (SCRA) به عنوان یک سازمان رسمی برای رشته روانشناسی جامعه‌نگر شناخته شده است. این انجمن و بخش ۲۷ انجمن روانشناسی آمریکا ذکر می‌کنند که روانشناسان جامعه‌نگر از تمرکز بر روی فرد فراتر می‌روند و تأثیرات اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، سیاسی، محیطی و بین‌المللی را برای ارتقاء تغییر مثبت، سلامت و توانمندسازی در سطوح فردی و سیستمی، یکپارچه می‌کنند. عدالت اجتماعی، پژوهش عمل‌محور، کاهش ظلم و ستم، چند رشته‌ای بودن، جشن فرهنگ، حمایت از نقاط قوت جامعه و جهانی بودن در ماهیت، تنها برخی از عباراتی هستند که توسط SCRA، برای توصیف روانشناسی جامعه‌نگر بکار برده می‌شود.

اهداف روان‌شناسی جامعه‌نگر

هدف روانشناس جامعه‌نگر تلاش و کوشش برای اهداف بسیار متنوع و مختلف است. برای این هدف، آنها به بررسی و مطالعه و سپس به تسهیل جوامع مربوطه خود، نیاز دارند. برای مثال، توانمندسازی یک جنبه حداکثر است که با تاکید ویژه لازم است به این خطه کاری داده شود. بخش مفید و موثری از جامعه بودن ممکن است در مردم احساس توانمندی را بوجود بیاورد، و عدالت اجتماعی ممکن است برای همه اعضا جامعه خیلی لازم و ضروری باشد (راهنمای درسی روانشناسی، ۲۰۱۴).

یکی از اهداف اصلی روانشناسی جامعه‌نگر این است که به افراد کمک کند تا هم با محیط خود سازگار شوند و هم با آن درگیر شوند. هدف دیگر روانشناسی جامعه‌نگر این است که علل اختلالات، در حوزه وسیع‌تری درک شوند. چون علت اختلالات فردی ممکن است

در درون مشکلات بزرگتر اجتماعی نهفته باشد. هدف بعدی روانشناسی جامعه‌نگر این است که در صورت امکان، علت‌های اجتماعی، پیش از آنکه بتوانند روی افراد و گروه‌ها تأثیر منفی بگذارند، تعدیل و تغییر داده شوند (کرامر و همکاران، ۱۳۸۹).

هدف عملی جهانی روانشناسی جامعه‌نگر یا متمرکز بر جامعه، افزایش کلی کیفیت زندگی است. در بسیاری از موارد، روانشناسی متمرکز بر جامعه، شامل شناسایی و رفع مسائلی می‌گردد که ممکن است مشکلات بهداشت روانی را در یک محیط اجتماعی ایجاد نمایند (راهنمای درسی روانشناسی، ۲۰۱۴).

پیشگیری

هرچند که قبل از کاپلان، آدولف مایر نظریه‌هایی در مورد پیشگیری داده بود و بعد از او لیندمن (۱۹۵۶) در یک زمینه محدود پیشگیری، نظریه‌هایی ارائه داد اما این کاپلان بود که در سال ۱۹۶۴ ایده پیشگیری را در کتاب اصول روانپزشکی وارد حوزه روانپزشکی نمود. در مدل کاپلان فرض اساسی این است که افراد برای نیازها و احتیاجات مناسب مراحل مختلف رشد خود، و سالی لازم دارند. کمبود در این احتیاجات و نیازها می‌تواند منجر به مشکلات روانی شود همانطور که کمبود غذا یا غذاهای نامناسب منجر به سوء تغذیه می‌شود. به نظر کاپلان سه نوع تدارکات جهت رشد سالم و روانی لازم است که عبارتند از:

۱- نیازها یا احتیاجات فیزیکی: غذا، مسکن، امنیت، مصونیت از خطر و تحریکات

حسی.

۲- احتیاجات روانی اجتماعی: این‌ها چیزهایی هستند که از طریق تعامل با دیگران به

دست می‌آیند برای مثال تحریکات عاطفی و فکری، عشق و محبت و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی رضایت‌بخش. اگر فرد احترام دیگران را نسبت به خود نداشته باشد دچار ناراحتی روانی می‌شود.

۳- حمایت‌های اجتماعی فرهنگی: این اصطلاح به نیروهای اجتماعی که موقعیت اجتماعی فرد و انتظارات دیگران از او را تعیین می‌کند، اطلاق می‌شود. به گفته کاپلان، در طبقات بالای اجتماع، این حمایت‌ها بیشتر در اختیار فرد است و لذا شخصیت سالم‌تری را پیش‌بینی می‌توان کرد. اما در طبقات ضعیف و یا در مواقع تغییرات سریع اجتماعی، حمایت‌های سستی جامعه ممکن است تضعیف شده و باعث بوجود آمدن مشکلات روانی شود.

حل بحران: حل بحران فیزیکی از مفاهیم کلیدی در مدل کاپلان است. به گفته او حل بحران، خواه بحران اتفاقی یا بحران رشدی، جزء مهم مداخله اولیه است که از بروز مشکلات بعدی جلوگیری می‌کند. پیشگیری اولیه هم در سطح فعالیت یا اقدامات اجتماعی (گذراندن قانون و ...) و هم در سطح تعاملات بین فردی می‌تواند انجام بگیرد.

پیشگیری در روان‌شناسی جامعه‌نگر

یکی از دستاوردهای اصلی روان‌شناسی جامعه‌نگر که اکنون در کل رشته روان‌شناسی تزیق شده، پیشگیری است. یکی از مهم‌ترین مفاهیم مرتبط با روان‌شناسی جامعه‌نگر، مفهوم پیشگیری می‌باشد. روان‌شناسان جامعه‌نگر به این دلیل روی پیشگیری تمرکز دارند که معتقدند پیشگیری در بلندمدت مقرون به صرفه‌تر و مؤثرتر از درمان بیماری‌ها و مشکلات، و درمان انفرادی آن هم پس از شروع مشکلات است. پیشگیری یعنی کلیه تدابیر و فعالیت‌هایی که از پیدایش و افزایش بیماری‌ها و اختلالات عصبی و روانی در جامعه جلوگیری می‌نمایند. سه سطح مطرح شده برای پیشگیری عبارتند از پیشگیری اولیه، پیشگیری ثانویه و پیشگیری ثالث.

رویکردهای روان‌شناسی جامعه‌نگر در پیشگیری اولیه

پیشگیری اولیه

یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های روانشناسی جامعه‌نگر با شیوه‌های سنتی برخورد با مشکلات روانی می‌باشد و عبارت است از مقابله با شرایط مضر و خطرناک پیش از آنکه فرصت ایجاد بیماری پیدا شود. رویکردهای روان‌شناسی جامعه‌نگر در پیشگیری اولیه به شرح زیر هستند:

تعدادی از برنامه‌های پیشگیری اولیه برای این هدف طراحی شدند که مهارت‌های فرزندپروری را تقویت کنند تا احتمال خشونت‌های خانوادگی کم شود. شواهد نشان می‌دهد که کودکان بزرگ شده در خانواده‌های خشن، در بزرگسالی با احتمال بیشتری پرخاشگر، بدرفتار یا جنایتکار می‌شوند.

رویکرد دیگر در پیشگیری اولیه از اختلالات روانی عبارت است از آموزش مهارت‌های بین فردی به کودکان و نوجوانان. این مهارت‌ها برای رشد و سازگاری اهمیت خاصی دارند. برای مثال کودکانی که در چنین مهارت‌هایی ضعف دارند، با خطر بزهکاری روبرو هستند. اما اگر این کودکان روش‌های مؤثر در حل مسأله را یاد بگیرند می‌توانند از مشکلات رشد اجتماعی و تحصیلی دور بمانند. مشکلات تحصیلی و اجتماعی از نوع مشکلاتی هستند که در پیشینه اکثر نوجوانان و جوانان بزهکار و مبتلا به اختلالات سلوک دیده می‌شوند.

رویکرد سوم در پیشگیری اولیه این است که محیط‌های زندگی مثل خانه، مدرسه، محله، از رفتارهای سازگارانه بیشتر حمایت کنند. برای مثال برنامه‌هایی مثل برنامه سرآغاز که فرصت‌های پیش‌دستانی را گسترش و تعهد والدین و فرزندان در مورد موفقیت تحصیلی را افزایش می‌دهند، در بلندمدت از رفتار ضداجتماعی کم می‌کنند، هرچند هدف اولیه آنها این نبوده است.

چهارمین رویکرد در پیشگیری اولیه، کاهش عوامل استرس‌زای زندگی است. برای مثال افزایش تعداد خانه‌های ارزان قیمت می‌تواند از تعداد نقل مکان‌ها بکاهد. نقل مکان یکی از عوامل استرس‌زا برای خانواده‌های فقیر است و شواهد نشان می‌دهد که با ناسازگاری روانی ارتباط دارد.

در نهایت، تعدادی برنامه پیشگیری اولیه وجود دارد که به منظور توانمندسازی افراد ناتوان طراحی شده است و هدف آن کمک به افراد فقیر، سالمند، بی‌خانمان، متعلق به اقلیت‌های قومی، معلولین و دیگر افرادی است که توانایی یا اعتماد به نفس لازم برای کنترل زندگی خود را ندارند. توانمندسازی، یعنی ایجاد باور در مردم ناتوان به این که می‌توانند کنترل زندگی خود را به دست بگیرند (کرامر و همکاران، ۱۳۸۹).

پیشگیری ثانویه

در پیشگیری ثانویه سعی می‌شود که با روش بیماریابی، تشخیص زودرس، اجرای به موقع درمان و پیگیری مرتب از نظر درمانی از بروز عوارض بیماری جلوگیری شود. در پیشگیری ثانویه، تشخیص زود هنگام مشکلات روانی و درمان آنها در همان مراحل اولیه مد نظر قرار می‌گیرد. کشف زود هنگام و درمان افرادی که مشکلات شدید و مخربی در رابطه با مصرف مشروبات الکلی دارند، نمونه‌ای از پیشگیری ثانویه است.

پیشگیری ثالث

پیشگیری ثالث یا پیشگیری سطح سوم عبارت است از کاهش مدت و تأثیرات منفی اختلالات روانی پس از بروز این اختلالات. در پیشگیری ثالث، هدف کاهش مدت و تأثیرات منفی اختلالات روانی پس از وقوع است (حیدری، ۱۳۸۷). پیشگیری ثالث کمتر از سایر پیشگیری‌ها با جنبش جامعه‌نگری رابطه دارد.

مداخله‌ها

مدل بهداشت روانی

بهداشت روانی منطقه‌ای (جامعه) بیشتر مفاهیم را از روانشناسی فردی گرفته است. این موضوع محرک مهمی در جهت ایجاد روانشناسی جامعه‌نگر، به عنوان رشته‌ای مجزا از بهداشت روانی جامعه‌نگر (CMH) (Community Mental Health) بوده است. هرچند که مفاهیم و عوامل روانشناسی فردی و بهداشت روانی جامعه‌نگر (CMH) مفید هستند اما روانشناسی فردی قادر به طرح و حل و فصل مشکل نیست و لذا مدل جامعه‌نگر ضروری است.

ایده پیشگیری اولیه محرک بوجود آمدن روانشناسی جامعه‌نگر بود. در راستای اندیشه در مورد طرح برنامه‌های پیشگیری اولیه بود که بعضی روانشناسان متوجه شدند که کوشش‌های آنان در جهت طرح چنین برنامه‌هایی مادامی که این برنامه‌ها در محدوده روانشناسی فردی بوده و تأکید بر پیشگیری اختلالات روانی است، غیرممکن است. مدل بهداشت روانی به علت‌های زیر قادر به حل مشکل مطرح شده نیست:

۱- اصطلاح اختلال روانی، اصطلاح مورد قبول همه نیست و در حال حاضر در تعریف آن، سبب‌شناسی و فرایندهای اجتماعی که برای فرد راه‌های دیگر برای حل مشکلات زندگی را کاهش می‌دهد، نیز شامل می‌شود.

۲- کسانی که با علاقه به بهداشت روانی جامعه، کار خود را شروع کردند بعدها نظر خود را متوجه موضوع بزرگتر یعنی آسایش و سلامتی کل جامعه نمودند.

البته همه رشته‌ها اظهار می‌دارند که هدف شان آسایش عمومی است ولی برای روانشناسان جامعه‌نگر این بدان معنی است که مستقیماً جهت کاهش بیماری‌های اجتماعی وارد عمل شوند. مثلاً چه کاری می‌توان انجام داد که نهادهای اجتماعی را طوری تغییر داد که کیفیت آموزش کودکان بهتر شود، مشکل جنایت و بزهکاری کم شود، مسکن بهتر شود، فقر و تبعیض و انزوای اجتماعی محو شود.

قبل از اقدام در جهت مداخله اجتماعی، دو سوال باید پاسخ داده شود: ۱- نهادهای اجتماعی چگونه مشکلات زندگی را به وجود می‌آورند؟ و ۲- چگونه این نهادها می‌توانند تغییر کنند؟

برای متخصصین بهداشت روانی جامعه، نهادهای اجتماعی به این دلیل مشکلات را بوجود می‌آورند که در فرایند اجتماعی کردن (Socialization) شکست می‌خورند. به این دلیل که مدارس، دادگاه‌ها و سیستم بهداشت روانی قادر نیستند به افرادی که به اجتماعی شدن نیازمند هستند، دسترسی پیدا کنند (فقر، طبقه پایین اجتماعی، قشر آسیب‌پذیر)، آنها از محرومیت فرهنگی، عادات بد زندگی و کمبودهای روانی رنج می‌برند. در این صورت مداخله‌های اجتماعی ضروری، مداخله‌هایی هستند که بتوانند کنش‌های اجتماعی کردن را تقویت کنند و لذا هدف آموزش معلمان، پلیس، مشاوران شغلی و والدین به منظور بهتر نمودن فعالیت‌های آنها، اجرای ارزش‌ها و تصمیم‌های ساختار قدرت (Power structure) جامعه است.

این کار از طریق بازسازی یا تغییر سازمان سیستم ارائه خدمات یا اصلاح این سیستم‌های خدمات‌رسانی و یا آموزش مستقیم مدیران اینگونه سیستم‌هاست. در حالی که در روانشناسی فردی تمرکز بر محصولات سیستم است، بهداشت روانی جامعه‌نگر سعی در پیشگیری از معیوب بودن این محصولات، به علت از زیر دست در رفتن این محصولات و یا نرسیدن چنین خدماتی به آنها است.

از طرف دیگر روانشناسی جامعه‌نگر فرایند را به گونه‌ای دیگر می‌بیند یعنی بجای دیدن فرایند به عنوان عدم موفقیت در اجتماعی شدن، مشکلات زندگی را مسدود کردن یا انکار افراد در دستیابی به منابع، هم‌فیزیکی هم‌روانی می‌بیند. این جلوگیری به علت سیستم‌های اجتماعی است که به طور انتخابی از دستیابی افراد به دو عنصر مهم آسایش، یعنی قدرت و ثروت، ممانعت می‌ورزند.

فقر به صورت نداشتن پول تعریف می‌شود و قدرت متغیری است که در سطوح مختلف تعریف می‌شود. یکی در سطح کنترل فرد روی زندگی خود یعنی کنترل درونی تقویت و

دیگری در سطح اجتماعی یعنی کنترل فرد روی نهادهایی که جزئی از آنهاست. البته هر دوی این نگرش‌ها یعنی بهداشت روانی جامعه‌نگر و روانشناسی جامعه‌نگر، از نقطه نظرانی صحیح هستند.

سرزنش قربانی (The blaming victim)

برای تغییر روابط اجتماعی، یا باید قدرتمند و مستضعف را تغییر داد یا سیستم‌های اجتماعی که روابط آنها را حمایت می‌کند. یعنی در اینجا متخصص باید بین کار کردن با فرد یا سیستم، دست به انتخاب بزند. باید توجه داشت که تغییر در سیستم اجتماعی، نهایتاً منجر به تغییر در قدرتمند و ضعیف خواهد شد. این موضوع بالطبع در ثروتمندان و قدرتمندان مقاومت ایجاد می‌کند و بویژه برای آنهایی که هم قدرتمند هستند و هم خود را آزادمنش، دمکراتیک و پیشرو می‌دانند، ایجاد تضاد خواهد کرد.

برای حل این تضاد، روشی را که ویلیام رایان (William Rhan) در سال ۱۹۷۱، "سرزنش قربانی" خوانده است بکار می‌برند. رایان در کتاب خود به می‌گوید که چگونه ما افراد دیگر را به طور اتوماتیک (یعنی افرادی که با ما فرق دارند) وحشی می‌خوانیم. البته راه‌های مختلفی برای شناسایی آنها داریم، آزمون‌های روانشناختی، مشاهده زندگی آنها، ارزش‌های طبقه پایین آنها، نگرش کلیشه‌ای، و انگیزه‌ها یا عدم انگیزه‌های آنها، عدم توانایی در کنترل سائق‌ها و ناتوانی آنها در تفکر انتزاعی و غیره.

براساس این نگرش، یک بچه فقیر در خود علت ناتوانی خواندن و نوشتن را داراست. والدین این بچه‌ها با آنها صحبت نمی‌کنند یا اگر صحبت کنند درست صحبت نمی‌کنند. آنها نمی‌دانند چگونه بچه خود را بزرگ کنند و مسائلی از این قبیل. براساس این نظریه، مداخله عبارت خواهد بود از ارائه برنامه‌های جبرانی آموزشی و آموزش والدین. در اینجا سیستم مدرسه یا سیستم آموزشی مورد سؤال قرار نمی‌گیرد.

در جهت تغییر نهادها، پیشنهادها و برنامه‌های مختلفی ارائه شده است مثلاً برای ازدیاد اشتغال، می‌توان پیشنهاد اشتغال سه یا چهار روز در هفته را نمود. البته یک جامعه ممکن است

که تصمیم به انتخاب "عدم تغییر" بگیرد که این تصمیم باید بدون تکیه بر توجیهاتی از علوم اجتماعی باشد.

مداخله اجتماعی در روان‌شناسی جامعه‌نگر

راهبرد متعارف، مداخله مبتنی بر تلاش‌های شخصی افراد است. وقتی این تلاش‌ها بی‌نتیجه ماندند و فرد بیمار شد، وی برای دریافت کمک به یک مرکز جامع بهداشت روانی مراجعه می‌کند. اما روان‌شناس جامعه‌نگر به دنبال بازسازی نقش‌ها و سازمان‌های اجتماعی است. برای مثال، روان‌شناس جامعه‌نگر برای کاهش مشکلات ناشی از بزهکاری و ارتکاب جرم به تغییر دادن مؤسسات و سازمان‌های اجتماعی رو می‌آورد تا امکانات و منابع لازم را در اختیار مجرمان و بزهکاران بالقوه قرار بدهد. ایده نهفته در پس این‌گونه راهبردهای مداخله اجتماعی این است که وقتی امکانات یا راه‌های مختلف در اختیار فرد گذاشته شوند، خود فرد مشکلاتش را حل خواهد کرد. همچنین مردم قابلیت‌ها و نقاط قوتی دارند. تغییر محیط یا اعطای حق تصمیم‌گیری به روان‌شناس جامعه‌نگر فرصت می‌دهد تا بین شخص و محیط تناسب لازم را ایجاد کند نه اینکه افراد را طوری تغییر دهد که مطابق نظر اکثریت شوند (فیرس و ترال، ۱۳۸۲).

روانشناسی جامعه‌نگر در محیط کار

برخی از کارهایی که یک روان‌شناس جامعه‌نگر ممکن است انجام دهد عبارتند از:

- پیدا کردن راه‌هایی برای کمک به افراد محروم یا محروم شده از حقوق خود که احساس می‌کنند با جوامع محلی خود بیشتر در تماس و ارتباط هستند.
- درک مسائل اجتماعی در بین گروه‌های اقلیت
- توسعه، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های عمل‌محور مبتنی بر جامعه
- برقراری روابط بین افراد و گروه‌های جامعه
- ارزیابی سازمان‌ها، دولت‌ها و جوامع به منظور ترویج مشارکت و تنوع

روانشناسان جامعه‌نگر می‌توانند در تعدادی از حوزه‌ها کار کنند از جمله آموزش، دولت، گروه‌های غیر انتفاعی، سازمان‌های اجتماعی و مشاوره خصوصی. در سیستم آموزشی، روانشناسان جامعه‌نگر اغلب در دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها برای تدریس دروس و دوره‌های آموزشی کار می‌کنند و پژوهش‌های اصیل را انجام می‌دهند. در محیط دولتی، آنها ممکن است در خدمات بهداشتی و انسانی برای دولت‌های محلی، ایالتی و فدرال کار کنند (چری، ۲۰۱۴).

حیطه‌های اختصاصی عمل روانشناسان جامعه‌نگر

یک احساس فوریت در حال جنبش و منحصر به فرد در میان روانشناسان جامعه‌نگر وجود دارد، به گونه‌ای که اگر آنها بخشی از جنبش اجتماعی هستند، به همان میزان تحت عنوان رشته تخصصی یا علمی نیز تلقی می‌شوند. به عبارت ساده‌تر، روان‌شناسان جامعه‌نگر در تلاش برای کشف و بالا بردن سلامت جامعه از جمله سلامت جسمانی، روانی، اقتصادی، اجتماعی و سایر اشکال سلامتی هستند. روانشناسان جامعه‌نگر در حیطه‌های زیر نیز تخصص دارند:

- تجزیه و تحلیل نیازها برای جوامع در معرض خطر مانند گروه‌های مهاجر و جوامع روستایی و دور افتاده
- برآورد دارایی‌های جامعه از سرمایه اجتماعی و منابع مرتبط
- حل مشکل موجود در جامعه بر پایه همکاری و عدالت اجتماعی
- ساخت دادن ظرفیت و گنجایش جامعه برای مدیریت تغییر و تاکید کردن بر تهدیدها و خطرات
- ارزیابی محیط‌های روانی اجتماعی با توجه به درک و فهم جامعه، کیفیت زندگی، شبکه‌های حمایت اجتماعی، انعطاف پذیری و غیره
- ارزیابی تاثیر اجتماعی مربوط به مسائل محیطی مانند خشکسالی و تغییر آب و هوا

مطابق با نظر انجمن پژوهش و عمل جامعه (SCRA) روانشناسان جامعه‌نگر ممکن است متخصصان/مربیان، مشاوران، مجریان برنامه، ارزیابان/تحلیل‌گران و پژوهشگران باشند. روانشناسان جامعه‌نگر در طیف وسیعی از محیط‌های کاری مشغول به کار هستند مانند سازمان‌های اجتماعی و غیر انتفاعی، دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها، سازمان‌های دولتی (از قبیل سازمان‌های خدمات سلامت و جامعه)، شرکت‌های مشاوره، مقامات بهداشتی، کارهای خصوصی، سازمان حمایتی، مدارس، مراکز تحقیقاتی و مراکز پزشکی. برخی از وظایف شغلی اختصاصی یک روانشناس جامعه‌نگر عبارتند از:

- آموزش و نظارت بر کار دانشجویان مقطع کارشناسی و یا بالاتر (به عنوان استاد)
- انجام پژوهش. در حوزه روانشناسی جامعه‌نگر، پژوهش ممکن است تحت عنوان عمل محور، مبتنی بر جامعه یا یک روش زیست محیطی، مشروط شود که از طریق تعامل با اعضای یک جامعه خاص مشخص می‌گردد.
- توسعه و اجرای برنامه‌هایی که به نفع بهداشت و سلامتی بخشی از جامعه است مانند یک برنامه اشتغال برای مادران مجرد یا یک راهکار پیشگیری از جرم در یک محله خاص
- ارزیابی عملکرد و یا ارائه خدمات مشاوره‌ای به سازمان‌ها، خدمات، محیط‌های کاری و نهادهایی که به بخشی از مردم خدمت می‌کنند.
- مرتبط کردن نتایج پژوهش‌ها و تخصص از طریق سخنرانی‌ها، گزارش‌ها، مقالات علمی و سایر نشریات
- تحلیل و پیشبرد سیاست‌های عمومی
- حمایت و طرفداری از گروه‌های فاقد قدرت
- تعیین نیازهای فوری و بلند مدت یک جامعه یا سازمان خاص
- همکاری با همه ذینفعان مربوطه، از دانشمندان، مددکاران اجتماعی، اعضای هیات علمی و متخصصان بیمارستانی گرفته تا روانپزشکان، آمار‌گرها، سازمان‌های خدماتی، متخصصان حقوقدان و اعضای جامعه.

از آنجا که این رشته از روانشناسی بر جامعه یا بخشی از جمعیت به جای یک فرد تاکید دارد، برای اهداف درمانی یک روانشناس جامعه‌نگر ممکن است طی درمان هرگز با یک بیمار یا مراجع تعامل و ارتباط تک به تک پیدا نکند. اما این موضوع همیشه و در همه موارد صادق نیست. برای مثال اگر یک روانشناس جامعه‌نگر مدیر یک تیم درمانی در یک بخش بستری است، در نقش فعلی خود، وظایف بالینی اش را در طیف وسیعی از بیماری‌های روانی انجام می‌دهد، بر کار کارکنان نظارت می‌کند و به وظایف اجرایی اش عمل می‌نماید.

یک روانشناس جامعه‌نگر می‌تواند فرصت‌های شغلی چند وجهی داشته باشد. به عبارت دیگر یک روانشناس جامعه‌نگر می‌تواند در هر یک از روزهای هفته کارهای مختلفی را انجام دهد برای مثال انجام پژوهش در مرکز بهداشت روانی در روز شنبه، حضور در دادگاه به عنوان یک شاهد متخصص در روز یکشنبه، ارزیابی یک برنامه بیمارستانی در روز دوشنبه، اجرای یک برنامه مبتنی بر مدرسه در روز سه شنبه و سازماندهی یک جلسه هیئت مدیره جامعه در روز چهارشنبه.

رشته روانشناسی جامعه‌نگر بسیار گسترده است به این دلیل که این رشته با دنیای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، سلامتی، محیطی، فرهنگی و غیره مرتبط است. مانند هر روانشناس دیگری، تخصصی شدن روانشناس جامعه‌نگر بسیار مفید است که با به وقوع پیوستن این موضوع تفاوت به طور واقعی ایجاد می‌شود. در اینجا فقط چند نمونه از حوزه‌هایی را که روانشناسی جامعه‌نگر بر آن متمرکز است نام برده می‌شوند:

- جرم و جنایت
- قربانی بلایای طبیعی و ساخته دست بشر
- زندگی سالم (برای مثال تناسب اندام و تغذیه)
- موانع آموزشی / یادگیری
- خشونت یا تبعیض بر علیه یک گروه خاص
- اعتیاد (علت‌های ریشه‌ای و راه حل‌ها)
- بیکاری

- یک بیماری خاص (برای مثال اقدامات اجتماعی / رفتاری برای پیشگیری از آن و برخورد با آن)

- صلاحیت/شایستگی فرهنگی
- حقوق مدنی/حقوق بشری
- فقر
- ساخت جامعه
- مسائلی که بر یک گروه سنی خاصی تاثیر می‌گذارد.
- نابرابری در ارائه برنامه‌های مبتنی بر جامعه

مهارت‌های روانشناسان جامعه‌نگر

- روانشناسان جامعه‌نگر در موارد زیر دارای دانش و مهارت‌ها هستند:
- انجام پژوهش‌های روانی اجتماعی متمرکز بر جامعه
 - ارزیابی نیازهای روانی اجتماعی افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع محلی
 - انجام مشاوره جامعه برای اطلاع رسانی گسترش سیاست‌های عمومی
 - افزایش تعامل و همکاری در یک جامعه متنوع
 - ارزیابی فرآیندها و پیامدهای برنامه‌های جامعه‌ای که به نیازهای روانی اجتماعی می‌پردازند.

- هماهنگی سیستم‌ها برای مدیریت طرح‌ها
- آموزش کارکنان در مهارت‌های مشاوره‌ای (مشورتی) جامعه
- فراهم کردن مشاوره و دفاع/حمایت از افراد و گروه‌ها
- مذاکره و میانجی‌گری برای مدیریت و حل و فصل تعارض / تضاد
- توسعه، تسهیل و ارزیابی مداخله و برنامه‌های آموزشی مبتنی بر گروه
- توسعه و اجرای برنامه‌های آموزشی و ارتقاء سلامت

• ارتقاء و مدیریت تغییر نگرشی و اجتماعی رفتاری در افراد، سیستم‌ها، سازمان‌ها و

جوامع

نقش روانشناس جامعه‌نگر

نقش روانشناس جامعه‌نگر را می‌توان شامل دو مورد زیر دانست:

۱- یکی از راه‌هایی که روانشناس جامعه‌نگر می‌تواند در فرایند تغییر شرکت کند عبارت است از ارزیابی آشکار برنامه‌های موجود رفاه اجتماعی و پیشنهاد برنامه‌های جدیدی که جنبه‌های ارزشی آن کاملاً واضح باشد.

۲- راه دیگر این است که روانشناس جامعه‌نگر خود به طور مستقیم وارد عمل شود، یا مداخله مستقیم نماید. مداخله روانشناس باید براساس تحلیل روان‌شناختی باشد نه اقتصادی.

مدل‌های تغییر جامعه

مدل‌های تغییر جامعه شامل موارد زیر هستند:

۱- مدل مشاوره یا مشورت (Consultation):

این مدل براساس فرضیات کاپلان در مورد بهداشت روانی است و بر این عقیده استوار است که سازمان‌ها و جامعه نقش تعیین‌کننده‌ای در فرایند اجتماعی شدن افراد دارند و تغییر موقعی اتفاق می‌افتد که در افراد کلیه سازمان یا جامعه تغییراتی ایجاد شود. بر این اساس فعالیت متخصصین بهداشت روانی متمرکز بر ارائه مشاوره به این افراد کلیدی، جهت ایجاد تغییر در آنهاست.

۲- مدل توسعه سازمانی:

بر اساس این مدل بهداشت روانی، یک جامعه مبتنی بر ساختارها و سازمان‌های آن و تابعی از ویژگی‌های نهادهای آن بویژه در محیط‌های کاری آن جامعه است. در اینجا تأکید بر ارتباط واضح و روشن بین رهبران سازمان‌ها و کارکنان آن است و روش‌های اساسی مداخله، تشکیل گروه‌ها و مشاوره‌های سازمانی است.

دو مدل مشاوره (مشورت) و توسعه سازمانی، به نهادهای موجود و کار با رهبران این نهادها در جهت تغییر آنها توجه دارند. در دو مدل اول، هدف بالا بردن کارآمدی و مؤثر بودن سازمان، در جهت تحت کنترل درآوردن اعضاء سازمان است. برای مثال این ممکن است شامل کمک به دانشجویان جهت سازگاری بهتر با دانشگاه، به کارگران کارخانه جهت سازگاری بهتر با شرایط کارخانه یا ایجاد تفاهم و همکاری بهتر بین مردم و پلیس باشد. در اینجا ارزش‌های موجود جامعه یا به طور ضمنی تأیید می‌شوند یا به طور علنی مورد تأیید قرار می‌گیرند.

در دو مدل بعدی زیر تأکید از نگرش سنتی بهداشت روانی به آنچه که حمایت از و مسئولیت‌پذیری در قبال طبقه پایین خوانده می‌شود، معطوف می‌شود. لذا در دو مدل بعدی بیشتر به افراد طبقه پایین یا کسانی که قدرت و موقعیت اجتماعی بالا ندارند، توجه می‌شود.

۳- مدل سازمان اجتماعی و دفاع یا طرفداری اجتماعی:

در اینجا هدف کمک به مستضعف جهت کسب قدرت و کنترل روی نهادهای اجتماعی می‌باشد که زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال دخالت در سیستم مدرسه مثل کمیته والدین و مربیان.

بنابراین روانشناس جامعه‌نگر علاقمند به مداخله در سطوح متفاوت از فرد گرفته تا گروه‌های کوچک، سازمان‌ها، نهادها و جوامع می‌باشد و چون تغییر در سطوح مختلف ممکن است از اصول متفاوتی تبعیت کند، یک روانشناس جامعه‌نگر باید برداشت‌هایی از تغییر در سطحی بیشتر از سطح فردی داشته باشد.

۴- مدل نهادهای موازی:

مدل سوم، نهادهای موازی یا آنچه که ساراسون "ایجاد و خلق موقعیت‌ها" خوانده است، می‌باشد. براساس این مدل نهادهای موجود قادر به برآوردن نیازهای کسانی که متفاوت از گروه خاص هستند نبوده و شاید گاهی هم آنها را تحت فشار قرار داده و آنها را به استضعاف می‌کشانند. هرچند که می‌توان با مداخله در سطح مدیریت نهادها، این نهادها را

انعطاف‌پذیرتر و پاسخ‌گوتر به نیازهای آنها نمود. ولی شاید بهترین راه ایجاد نهادهای مستقل و موازی در جهت پاسخ به نیازهای این افراد باشد (مثلاً بنیاد مستضعفین) و تحت کنترل این افراد باشد.

۵- مدل سازمان‌دهی جامعه‌ای و پشتیبانی اجتماعی:

این مدل بعضی از فرض‌های اساسی مدل نهادهای موازی را شامل می‌شود. اما از نظر فرضیه‌های تغییر و فعالیت‌های اجتماعی با آن تفاوت دارد. در این مدل هدف کمک به افراد و گروه‌های فاقد قدرت و موقعیت اجتماعی، در جهت کسب قدرت و اعمال کنترل روی نهادهای اجتماعی که بر زندگی آنها تأثیر دارد می‌باشد مانند مشارکت در اعمال کنترل روی نهاد آموزش و پرورش منطقه. همان‌طور که دیده می‌شود، روانشناس جامعه‌نگر در سطوح مختلف سازمان‌دهی اجتماعی فعالیت می‌کنند از تغییر در سطح فردی گرفته تا گروه‌های کوچک، سازمان‌ها، نهادها و جامعه.

باید توجه داشت که اگر راه‌حلی برای یک مشکل در سطح اشتباهی به کار گرفته شود این راه‌حل یا یک بازی بی‌پایان را ایجاد خواهد کرد (واتز لایوئیک و همکاران، ۱۹۷۴) یا این راه‌حل مشکل را تشدید نموده و مشکل بیشتری را بوجود خواهد آورد. به عبارت دیگر اگر راه‌حل بکار برده شده در یک سطح مناسب نباشد خود مسئله و مشکلی خواهد شد. تغییر در سطح اول و تغییر در سطح دوم یا به گفته واتز لایوئیک و همکاران براساس تئوری گروه‌ها، تغییر در داخل سیستم منجر به تغییر در آن سیستم نمی‌شود. برای مثال کمک به دانش‌آموزان برای اینکه با مدرسه سازگاری بهتری داشته باشند، تغییری در سیستم مدرسه آموزش و پرورش نمی‌کند یا تأسیس برنامه‌های پیش‌دبستانی در ساختار سیستم آموزش و پرورش تغییر ایجاد نمی‌کند.

سطوح مداخلات

مداخله به طور کلی عبارت است از هر کوشش منظم جهت ایجاد تغییر در افراد، سیستم‌های اجتماعی، جمعیت‌ها یا شبکه‌های سیستم‌های اجتماعی که نتیجه دلخواه آن بهبود افراد با محیط را در بر دارد. مداخله در ۶ سطح زیر می‌تواند انجام بگیرد:

۱- **انتقال فرد:** در اینجا وقتی فرد در یک سیستم اجتماعی نمی‌تواند سازگار شود و تناسب پیدا کند باید به سیستم اجتماعی دیگر که با نیازهای او همخوانی دارد انتقال داده شود برای مثال بچه‌ای که معلولیت ذهنی دارد به مدرسه مخصوص منتقل می‌شود.

۲- **مداخله‌های فردی:** در اینجا کوشش می‌شود که فرد عوض شود و یا به توانایی‌ها و منابع و راهبردهای او افزوده شود به طوری که بتواند در سیستم باقی مانده و آنچه که به عهده او گذاشته می‌شود قبول کند و وظایف خود را به بهترین وجه انجام دهد. برای مثال آموزش تکنیکی، برنامه‌های رفتار درمانی، روان درمانی سرپایی، مداخله در بحران‌ها، درمان دارویی و ورزش‌های فیزیکی. البته این روش مؤثرتر خواهد بود اگر خود فرد مایل به ایجاد چنین تغییراتی باشد.

۳- **مداخله در جمعیت:** در اینجا کوشش بر این است که به منابع و توانایی‌های جمعیت افزوده شود تا با سیستم اجتماعی هماهنگ شود برای مثال برنامه‌های بهداشت روانی جامعه‌نگر منطقه‌ای (Regional community mental health programs).

۴- **مداخلات در سیستم‌های اجتماعی:** این روش سعی می‌کند که تغییرات پایدار در کل سیستم ایجاد نماید تا جایی که این سیستم‌ها تسهیل‌کننده حل مشکل فردی بشوند. انواع مداخلات سیستم‌های اجتماعی عبارتند از:

۱- تغییر در فرد کلیدی سیستم

۲- **اضافه کردن تکالیف:** در اینجا سعی می‌شود که محدودیت‌های فرد کمتر شده و احساس کند که کارش موفقیت‌آمیز بوده است.

۳- **زیاد کردن انواع تکالیف نه فقط یک نوع:** یک شبکه اجتماعی باید راهکارهایی را ارائه بدهد که افراد با گرایش‌های مختلف، احساس اعتماد به نفس به دست آورده و به بهترین وجه کار را انجام دهند.

۴- طرح سیستم‌های تجربی: در اینجا هدف به وجود آوردن سیستم‌های جدیدی است که ویژگی‌های جدید داشته و با سیستم‌های قدیمی که موفقیت‌هایی را داشته‌اند مقایسه شوند. برای مثال استخدام افرادی که از بیمارستان روانی مرخص شده‌اند.

۵- مداخله در سیستم‌ها و پسخوراند:

مداخله در کلاس و ارزیابی تأثیر آن.

۶- مداخلات بین سیستمی:

در این روش‌ها سیستم‌های مختلفی جهت ایجاد تغییرات مورد نظر است. این روش ممکن است در راستای تقلیل تضادها یا گذر کردن (عبور کردن) راحت فرد بین سیستم‌هایی که با آنها در آن واحد در تعامل است، باشد. مداخلات بین سیستمی شامل موارد زیر است:

۱- برنامه‌های کمک بین سیستم‌ها: سیستم اجتماعی باید در جهت آسان کردن ورود به سیستم جدید، در ارتباط با سیستم قبلی خود باشند. همکاری بین دو سیستم یا ادغام آنها شاید بتواند کمک کننده باشد (بیمارستان و جامعه).

۲- برنامه‌های هماهنگ کننده بین سیستم‌ها: در اینجا هدف به حرکت درآوردن منابع چند سیستم اجتماعی است که در جهت حل یک مشکل اجتماعی با یکدیگر از جهت ویژگی‌ها، اهداف و تکالیف متفاوت هستند (مدرسه، تأمین اجتماعی، مرکز بهداشت روانی).

۳- برنامه فعالیت اجتماعی: این روش متمرکز بر یک بخشی از افراد یا یک جامعه است. فعالیت‌ها معمولاً متمرکز بر سازمان دادن گروه‌های فرعی در یک جمعیت می‌باشند.

۷- مداخلات شبکه:

فعالیت و کوشش، در ایجاد، جهت پاسخگو بودن به افراد سیستم انجام می‌گیرد. در این روش انجام مداخله به ندرت انجام می‌گیرد.

عوامل مختل کننده

عوامل مختل کننده عبارتند از موارد زیر:

۱- تمرکز قدرت، سلسه مراتب و انعطاف‌ناپذیری، عدم مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها.

- ۲- مدیرانی که حالت دفاعی داشته، در مقابل انتقاد حساس هستند، پرخاشگر بوده، حمایت‌کننده نیستند و بهره‌کش هستند.
- ۳- سیاست‌ها و آیین‌نامه‌ها به طور واضح بیان نشده‌اند، اهداف و ارزش‌های متضادی وجود دارند که به طور کافی مورد بحث قرار نگرفته‌اند و روی آنها توافق نشده است.
- ۴- تغییرات ناگهانی در سازمان
- ۵- عدم وجود مکانیسم برای حل و فصل مشکل افرادی که احساس می‌کنند حق آنها ضایع شده است و وجود مکانیسمی برای دلجویی از افرادی که حقی از آنها ضایع شده است.
- ۶- الگوی ارتباطی پرخاشگرانه، منفعل یا منفعل پرخاشگرانه
- ۷- عدم وجود محدودیت در میزان فشارهایی که افراد تحمل می‌کنند. از بین رفتن اعتماد به مدیریت و گروه.

رویکرد عصب روانشناختی جامعه‌نگر (The Community Neuropsychology Approach)

در راستای گسترش روانشناسی جامعه‌نگر، رویکرد عصب روانشناختی جامعه‌نگر نیز بوجود آمده است. عصب روانشناسی ارتباط مغز و رفتار را بررسی می‌کند. عصب روانشناسی برای درک تأثیرات شناختی، هیجانی و رفتاری طیف گسترده‌ای از شرایط شامل تکاملی، دژنراتیو، دمی‌لینیزان، عفونی، عروقی، ایمونولوژیک، التهابی، تغذیه‌ای، درون ریز، متابولیک، مواد مخدر/الکل، مسمومیت سمی، صرع، دیسپلازی کورتیکال، روانپزشکی و تروما تحت آموزش قرار می‌گیرند. وظایف اصلی عصب روانشناس‌های بالینی عبارتند از ارزیابی عملکرد شناختی (برای مثال حافظه، توجه و قضاوت)، و درمان و مدیریت اختلال شناختی، ارزیابی، درمان و مدیریت خلق و هیجان، مدیریت مشکلات رفتاری، حمایت و آموزش برای بستگان، مراقبین و سایر متخصصان برای آسیب مغزی و پیامدهای آن، تحقیق و رسیدگی (برای مثال ارزیابی‌های پیامد توانبخشی).

خدمات عصب روانشناختی جامعه‌نگر ارزیابی عصب روانشناختی را برای شناسایی نقاط قوت و ضعف عملکرد شناختی ارائه می‌دهد. تشخیص عضوی مبتنی بر شرایط عصب روانشناختی را برای آگاهی مدیریت مراجع فراهم می‌کند، درک درستی را از ماهیت مشکلات تجربه شده توسط مراجع می‌دهد، و یا بر یک تخریب مشکوک نظارت می‌کند و توصیه‌هایی را برای مدیریت به مراجعان در جامعه ارائه می‌دهد. خدمات عصب روانشناختی بالینی، ارزیابی‌های عصب روانشناختی و توانبخشی را به افرادی که آسیب مغزی یا دیگر اختلال عصبی دیگری دارند ارائه می‌دهد که ممکن است برای مثال پس از یک تصادف رانندگی جاده‌ای، سکته مغزی، اگر عفونت مغزی وجود داشت یا اگر مغز از اکسیژن محروم شده بود، بوجود آمده باشد. ارائه خدمات عصب روانشناختی موارد زیر را در بر می‌گیرد: برنامه حمایتی رفتاری مثبت، مشاوره/ راهنمایی/ ایده برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، حمایت روانشناختی برای خانواده‌ها و مراقبین، ارزیابی ریسک و راهنمایی مدیریت در موارد پیچیده، ارزیابی ظرفیت در موارد پیچیده، ارزیابی عصب روانشناختی جامع (از جمله شناخت، عملکرد روانشناختی، ثبات هیجانی، رفتاری و شخصیت)، فرمول بندی مشکلات روانشناختی فعلی و درمان روانشناختی برای مشکلات هیجانی و روانشناختی (دادفر و دادفر، ۱۳۹۲، دادفر، دادفر، عشایری، عاطف وحید و همکاران، ۱۳۹۳).

مروری بر برنامه‌های آموزشی روانشناسی جامعه‌نگر در خارج از کشور

پیرو تصویب اهداف و ضوابط برنامه چهارساله دستیاری روانپزشکی در ایران، آموزش روانپزشکی جامعه‌نگر به عنوان یکی از دوره‌های اصلی دستیاری روانپزشکی درآمده است. در سال‌های اخیر دوره سه‌ماهه روانپزشکی جامعه‌نگر در برنامه آموزشی چهار ساله دستیاران روانپزشکی گنجانده شده اما روشن است که بدون اقدامات موثرتر بعدی که شامل راه‌اندازی برنامه‌های جامعه‌نگر به ویژه بازتوانی روانی و اجتماعی باشد، این کار به تنهایی موثر نخواهد بود. اولین گروه روانپزشکی جامعه‌نگر، برای اولین بار در دانشگاه ایران در دانشکده علوم

رفتاری و سلامت روان و انستیتو روانپزشکی تهران ایجاد شد و هدف آن تربیت روانپزشکانی بود که به جای کار در بیمارستان و مطب، در جامعه نظیر روستا، صنعت، محله و مدرسه فعالیت نمایند. مهم‌ترین اهداف روانپزشکی جامعه‌نگر شامل درمان اختلالات روانپزشکی در درون جامعه به منظور دسترسی آسان‌تر مردم جوامع روستایی و شهری به خدمات سلامت روان، آموزش به مردم و مشارکت دادن آنان در روند درمان، برقراری ارتباط بین نیروهای بهداشت روان در شبکه‌های بهداشتی اولیه با سایر منابع موجود، بالا بردن سطح آگاهی جامعه در مورد پیشگیری از بروز اختلال‌های روانپزشکی و مواجهه درست در صورت بروز آنهاست (بواله‌ری، ۱۳۹۲).

ایجاد روانپزشکی جامعه‌نگر از اهداف راهبردی سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور است که شرح فعالیت‌های آنها شامل ایجاد کمیته استانی روانپزشکی جامعه‌نگر، تدوین برنامه آموزش روانپزشکی جامعه‌نگر برای دانشجویان پزشکی و دستیاران، تدوین برنامه پیگیری بیماران اسکیزوفرنیک، دو قطبی، وابستگی مواد و افسردگی، تدوین برنامه‌های بهداشت روانی برای دانشجویان پزشکی و دستیاران روانپزشکی، پیگیری راه‌اندازی واحدهای روانپزشکی جامعه‌نگر و برنامه ریزی جهت استخدام یا ارتقاء یکی از اعضای هیات علمی گروه برای دوره روانپزشکی جامعه‌نگر می‌باشد.

شریفی (۱۳۹۰) برنامه‌های دوره آموزشی روانپزشکی جامعه‌نگر برای دستیاران روانپزشکی در کشورهای مختلف را بررسی کرد و گزارش داد که آموزش عملی برنامه‌های روانپزشکی جامعه‌نگر بسیار متنوع است، چه در نوع آموزش‌های عملی، چه در مدت و زمان ارائه آن، و این تنوع تا حد زیادی به نیازها و نیز خدمات جامعه‌نگر موجود در هر دانشگاه و کشور وابسته است. با این حال و به رغم تفاوت‌ها، اشتراکاتی هم در اغلب برنامه‌ها وجود دارد از جمله اینکه در اکثر برنامه‌ها دروس نظری مدونی نیز برنامه‌ریزی شده، دستیاران روانپزشکی در ارائه خدمات مبتنی بر جامعه مانند خدمات مراکز سلامت روان جامعه‌نگر و ویزیت در

منزل مشارکت فعال دارند، و ارائه خدمات به صورت تیمی با همکاری دیگر کارکنان بهداشتی و درمانی یک اصل است.

از حدود ۴۰ سال پیش، راهبردهای اراییه‌ی خدمات سلامت روان در جهان دچار تحول چشمگیری شده است. جنبش سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC) Community Mental Health Center را انقلابی دیگر در سلامت روان می‌دانند. در ایران در سال ۱۳۸۳ راهبرد اراییه‌ی خدمات در قالب مراکز سلامت روان جامعه‌نگر در اداره‌ی سلامت روان وزارت بهداشت مطرح و تصویب شد. مراکز سلامت روان جامعه‌نگر (CMHC) با هدف ایجاد تحول در سلامت روان شهری طراحی شدند و مدل مراقبت مشارکتی برای اراییه‌ی خدمات به بیماران تعیین گردید. اولین مرکز سلامت روان جامعه‌نگر در منطقه‌ی ۱۶ تهران در سال ۱۳۸۹ راه‌اندازی شد که طی ۱۷ ماه از شروع به کار خود توانست به حدود ۱۳۰۰ مراجعه‌کننده که اکثراً مبتلا به اختلالات نوروتیک (اختلالات افسردگی و اضطرابی) بودند خدمات اراییه نماید (نوعی، شریفی، ابوالحسنی، امین اسماعیلی و موسوی نیا، ۱۳۹۲).

در ایران برنامه‌های آموزش روانشناسی جامعه‌نگر برای دستیاران دکتری روانشناسی بالینی تدوین نشده است. در این راستا ضرورت تدوین اهداف و ضوابط برنامه پنج‌ساله آموزش روانشناسی جامعه‌نگر برای دکتری روانشناسی بالینی در ایران احساس می‌شود. از آنجا که رشته روانشناسی جامعه‌نگر، رشته‌ای نسبتاً جدید است، برخی از روانشناسان در امریکا به تدریج به این حوزه تخصصی انتقال یافته و در کار خود پیشرفت و ارتقاء پیدا کرده‌اند. از سوی دیگر، تعدادی از دانشگاه‌ها در کشور امریکا در حال حاضر برنامه‌های روانشناسی جامعه‌نگر را برای مقاطع تحصیلی مختلف کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری ارائه می‌دهند. برخی از دانشکده‌ها، رشته روانشناسی جامعه‌نگر را برای درجه کارشناسی دارند. تعدادی دیگر نیز برنامه آموزشی متمرکز بر روانشناسی جامعه‌نگر را با اعطای گواهی دارند و یا دروسی مرتبط با روانشناسی جامعه‌نگر مانند روانشناسی اجتماعی، رشد جامعه، روانشناسی سلامت، روش‌های تحقیق، عدالت اجتماعی و نظریه/عمل پیشگیری را می‌گذرانند.

برای مقطع کارشناسی ارشد، بسیاری از دانشگاه‌ها برنامه‌های روانشناسی جامعه‌نگر، یا به طور اختصاصی برای روانشناسی جامعه‌نگر را، تحت عنوان درجه کارشناسی ارشد بالینی جامعه‌نگر یا درجه کارشناسی ارشد مشاوره جامعه‌نگر، یا تحت عنوان یک برنامه بین رشته‌ای (از قبیل علم پیشگیری، تغییر اجتماعی یا رفتار سلامت) ارائه می‌دهند. دانشگاه‌ها برنامه‌های دکتری در رشته روانشناسی جامعه‌نگر، روانشناسی بالینی جامعه‌نگر، و برنامه‌های بین رشته‌ای (از قبیل روانشناسی و سیاست عمومی، روانشناسی و عدالت اجتماعی، و روانشناسی و سلامت جامعه‌نگر) را ارائه می‌دهند. بعضی از دانشکده‌های امریکا برنامه‌های مرتبط با روانشناسی جامعه‌نگر را پیشنهاد می‌کنند، یا برخی از روانشناسان جامعه‌نگر برنامه‌های روانشناسی جامعه‌نگر را تحت نام‌های مختلف از قبیل روانشناسی اجتماعی، روانشناسی خدمات انسانی، روان‌شناسی جامعه‌نگر و فرهنگی، روان‌شناسی سلامت جامعه‌نگر، روان‌شناسی جامعه‌نگر و بوم‌شناختی، و پژوهش و عمل جامعه‌نگر تکمیل کرده‌اند.

آگاهی از برنامه‌های آموزش روانشناسی جامعه‌نگر در کشورهای دیگر می‌تواند به برنامه‌ریزی بهتر آموزش این دوره در کشور ما کمک کند. برای این امر ضروری است برنامه‌های این دوره آموزشی در کشورهای مختلف مرور و بررسی گردد. برای بررسی برنامه‌های موجود، بایستی در بانک‌های اطلاعاتی با استفاده از کلید واژه‌های مرتبط مانند روانشناسی (psychology)، جامعه (community)، روانشناسی بالینی (clinical psychology)، روانشناسی جامعه‌نگر (community psychology)، روانشناسی بالینی جامعه‌نگر (community clinical psychology) و دانشجوی دکتری (doctoral student) جستجوی مفصلی صورت گیرد. همچنین برنامه‌های دستیار روانشناسی بالینی دانشگاه‌های کشورهای مختلف بایستی بررسی گردد. در ادامه برنامه بخش روانشناسی در گروه روانپزشکی دانشگاه ییل امریکا مرور می‌شود که می‌توان به عنوان یک مدل از آن استفاده نمود.

مرور برنامه بخش روانشناسی در گروه روانپزشکی دانشگاه ییل امریکا

The Psychology Section within the Yale Department of Psychiatry program

شعار بخش روانشناسی در گروه روانپزشکی دانشگاه ییل امریکا عبارت است از:

"تجربه ییل شما را از لحاظ حرفه ای و شخصی تغییر خواهد داد."

بخش روانشناسی در گروه روانپزشکی دانشگاه ییل، یکی از کارورزی‌های برتر ملی در روانشناسی بالینی و روانشناسی جامعه‌نگر و رشد نسل رهبران آینده در این زمینه را ارائه می‌دهد. سالیانه بیش از ۲۰ دانشجو برای این برنامه پذیرفته می‌شوند که توسط انجمن روانشناسی آمریکا از سال ۱۹۷۰ معتبر شناخته شده‌اند.

در این برنامه کارورزان تحت عنوان "فلوشیپ‌های روانشناسی" نامیده می‌شوند و در یکی از فعال‌ترین مراکز آکادمیک پزشکی جهان آموزش می‌بینند که در آن تاکید بر هنر مراقبت بالینی، آموزش حرفه ای و پژوهش است. فلوشیپ‌های روانشناسی به طیف عظیمی از دانشکده‌های پزشکی و منابع دانشگاهی دسترسی دارند. دوره کارورزی هر سال تحصیلی از ۱ ژوئیه آغاز می‌شود و تا ۳۰ ژوئن ادامه دارد.

اهداف و موضوعات برنامه

از طریق تجربه نظارت شده فشرده تکمیل شده، از طریق یادگیری در کلاس درس و یک شبکه حمایتی از همسالان، برنامه کارورزی دکترای ییل در روانشناسی بالینی و روانشناسی جامعه‌نگر به طور مداوم برای دستیابی به اهداف و مقاصد سه‌گانه زیر تلاش می‌کند:

هدف ۱:

ترویج رشد صلاحیت/شایستگی فلوشیپ‌های روانشناسی در ارائه خدمات روانشناختی، با این هدف که هر کارورز به طور متوسط به سطح پیشرفته ای از دانش، مهارت و توانایی در سنجش و تشخیص، پیشگیری و مداخله، مشاوره و ارزیابی دستیابی پیدا کند. هدف ۱ شامل چهار هدف زیر می‌باشد:

هدف ۱: هر فلوشیپ روانشناسی به طور متوسط به سطح پیشرفته ای از صلاحیت و شایستگی در سنجش و تشخیص رشد پیدا خواهد کرد.

هدف ۲: هر فلوشیپ روانشناسی به طور متوسط به سطح پیشرفته ای در پیشگیری و مداخله رشد پیدا خواهد کرد.

هدف ۳: هر فلوشیپ روانشناسی به طور متوسط به سطح پیشرفته ای در مشاوره رشد پیدا خواهد کرد.

هدف ۴: هر فلوشیپ روانشناسی به طور متوسط به سطح پیشرفته ای در ارزیابی رشد پیدا خواهد کرد.

هدف ۲:

ترویج رشد رهبری فلوشیپ‌های روانشناسی، افزایش توانایی آنها برای تاثیر مثبت در حوزه های روانشناسی بالینی و روانشناسی بالینی جامعه‌نگر، به صورت محلی، منطقه ای و ملی. هدف ۲ شامل چهار هدف زیر می‌باشد:

هدف ۱: حمایت از پیشرفت تحصیلی فلوشیپ‌های روانشناسی در حوزه پژوهش، مراقبت‌های بالینی، یا آموزش

هدف ۲: افزایش درک فلوشیپ‌های روانشناسی از مفهوم رهبری و نقش رهبری

هدف ۳: افزایش توانایی فلوشیپ‌های روانشناسی برای استفاده به طور موثر و ارائه نظارت از جمله نظارت همکاران

هدف ۴: ارتقاء توانایی فلوشیپ‌های روانشناسی برای کار در سیستم‌های پیچیده مراقبت و همکاری با سایر رشته‌ها

هدف ۳:

ارتقاء رشد حرفه ای فلوشیپ‌های روانشناسی، تسهیل انتخاب آگاهانه در باره گام‌های بعدی آنها به طور تخصصی. هدف ۳ شامل دو هدف زیر می‌باشد:

هدف ۱: افزایش آگاهی فلوشیپ‌های روانشناسی از گزینه‌های شغلی و فرصت‌های پس از کارورزی

هدف ۲: حمایت فلو‌شیپ‌های روانشناسی برای جستجو و تامین امنیت موقعیت شغلی پس از کارورزی

فلسفه

فلسفه کارورزی دکترا در روانشناسی بالینی و روانشناسی جامعه‌نگر ساختن شش عنصر اصلی زیر است: مدل آموزش متخصص - دانشمند (A scientist-practitioner model of training)، رویکردهای آموزشی مبتنی بر شواهد (Evidence-based teaching approaches)، تنوع/گوناگونی (Diversity)، جامعه تخصصی پرورش یافته (A nurturing professional community)، رشد تخصصی (Professional development) و بهبود مداوم کیفیت (Continuous quality improvement).

سال کارورزی اولین و بهترین فرصت یادگیری تجربی، فشرده، نظارت شده با تمرکز بر ارائه خدمات روانشناختی است. برنامه شامل یک مدل متخصص - دانشمند می‌باشد که در آن نظریه و شواهد به طور معمول از یک عمل تخصصی خبر می‌دهند و یک فلو‌شیپ روانشناسی تا زمانی تحت حمایت قرار می‌گیرد که به دنبال یک فعالیت علمی است که می‌تواند بر پژوهش، ارزیابی برنامه، مراقبت بالینی، یا آموزش متمرکز باشد.

آموزش مبتنی بر صلاحیت/ شایستگی است و بر رویکردهای آموزشی مبتنی بر شواهد متکی می‌باشد. کارورزی بخشی از یک جامعه تخصصی پرورش یافته از روانشناسانی است که تنوع را در میان استادان، فلو‌شیپ‌های روانشناسی، جمعیتی که خدمت به آنها ارائه شده و دیدگاه‌های نظری و مداخلات مورد استفاده ارزش و ارتقاء می‌دهد.

همه فلو‌شیپ‌های روانشناسی در برنامه کارورزی، آموزش در روانشناسی بالینی را دریافت می‌کنند. آن دسته از فلو‌شیپ‌های روانشناسی که محل اولیه یا ثانویه را در مرکز مشاوره انتخاب می‌کنند، آموزش در روانشناسی جامعه‌نگر را نیز دریافت می‌کنند.

اولویت روی رشد حرفه ای قرار داده می‌شود که شامل کمک به فلو‌شیپ‌های دکترا در تامین فرصت‌های پس از کارورزی از قبیل فلو‌شیپ بعد از دکتری و اشتغال است. هر سال،

بسیاری از فلوشیپ‌های فارغ التحصیل برای دنبال کردن آموزش و پژوهش بعد از دکترا در دانشگاه ییل می‌مانند.

شش عنصر هسته‌ای واضح برای فلسفه‌ای که گروه روانپزشکی ییل را برای کارورزی دکترای در روانشناسی بالینی و روانشناسی جامعه‌نگر راهنمایی می‌کند، وجود دارد. هر یک از آنها در جزئیات زیر شرح داده شده‌اند.

۱- مدل آموزش متخصص - دانشمند (A scientist-practitioner model of training)

- سال کارورزی اولین و بهترین فرصت یادگیری تجربی، فشرده با متمرکز بر ارائه خدمات روانشناختی است.
- تجربه متمرکز بر روی ترکیبی از فعالیت‌هایی است که شامل مراقبت بالینی، سنجش، تشخیص، پیشگیری، مداخله بالینی، مشاوره و ارزیابی می‌باشند.
- در طول کارورزی، هم نظریه و هم شواهد تجربی، کار عملی فلوشیپ‌های دکترا را در بر می‌گیرد.
- یادگیری جستجو و استفاده از بهترین شواهد موجود در ارائه خدمات روانشناختی، بخش ذاتی تجربه یادگیری است.
- زمان در نظر گرفته شده، رشد بیشتر مهارت‌ها را به عنوان یک پژوهشگر، از طریق طرحی که بر پژوهش، ارزیابی، مراقبت بالینی، یا آموزش متمرکز است، فراهم می‌کند.

۲- رویکردهای آموزشی مبتنی بر شواهد (Evidence-based teaching approaches)

- یادگیری با جزئیات و ریزه کاری‌ها در طول سال تحصیلی، برنامه ریزی شده، زنجیره‌ای و سطح بندی شده است.
- یادگیری مبتنی بر صلاحیت/شایستگی است با بیان صریح و روشن صلاحیت‌های رشد یافته و جلوه‌ها و نمودهایی از صلاحیت‌هایی که در طول سال آموزشی کسب می‌شوند.

- مدل کارورزی ای به کار گرفته می‌شود که در آن فلوشیپ‌های روانشناسی، الگوگیری صلاحیت‌های اعضای هیئت علمی روانشناسان را مورد مشاهده قرار می‌دهند و اعضای هیئت علمی، مسلط شدن فلوشیپ‌های روانشناسی را در صلاحیت‌ها مشاهده می‌کنند.
- تجربه کارورز یادگیرنده محور است با فلوشیپ‌های روانشناسی که نقش فعالی در شناسایی از طریق خود ارزیابی، نقاط قوت خود، نیازهای یادگیری و پیشرفت در تسلط پیدا کردن بر صلاحیت‌ها و شایستگی‌ها، بازی می‌کنند.
- مطابق با اصول یادگیری بزرگسالان، یادگیری با تمرکز بر چالش‌های تجربه شده توسط فلوشیپ‌های روانشناسی در دوره مسئولیت‌های کارورزی‌شان، مسئله محور یا مسئله مدار است.
- یادگیری در کلاس درس به طور مستقیم، و تا حد امکان، با فرصت‌های یادگیری تجربی مبتنی بر سایت و مبتنی بر جامعه مرتبط است.

۳- تنوع/گوناگونی (Diversity)

- برای تجربه آموزشی، تنوع کامل وجود دارد و در بین اعضای هیئت علمی و فلوشیپ‌های روانشناسی به تنوع ارزش داده می‌شود و به افراد و خانواده‌ها با توجه به جنس، نژاد، قومیت، گرایش جنسی، وضعیت اجتماعی اقتصادی، فرهنگ، جغرافیا، کشور اصلی و وضعیت ناتوانی خدمات ارائه می‌شود.
- به تنوع در بین اعضای هیئت علمی و فلوهای روانشناسی با توجه به علایق حرفه ای، فعالیت‌ها و محیط کاری ارزش داده می‌شود.
- به تنوع با توجه به دیدگاه‌های نظری و مداخلات مورد استفاده در مراقبت از افراد و خانواده‌های آنان ارزش داده می‌شود و منطبق با کار سیستم‌های خدمات رسانی می‌باشد.
- به تنوع با توجه به استفاده از سازگاری‌ها/انطباق‌های فرهنگی و زبانی شیوه‌های مبتنی بر شواهد، ارزش داده می‌شود.

۴- جامعه تخصصی پرورش یافته (A nurturing professional community)

• از طریق جلسات و گردهمایی‌های گروهی تخصصی و اجتماعی، جامعه ای شکل می‌گیرد که به عنوان خانه روانشناسی و اجتماعی فلوشیپ‌های روانشناسی برای سال تحصیلی عمل می‌کند.

• پاداش روی ایجاد روابط حمایتی ای داده می‌شود که به فلوشیپ‌های روانشناسی کمک می‌کند تا حین حفظ تعادل بین مهارت‌های تخصصی و فردی، و مهارت‌های در حال رشد در مراقبت از خود، به طور تخصصی نیز عمل کنند.

۵- رشد تخصصی (Professional development)

• طیف گسترده ای از تجاربی که شامل پرورش کارورز برای رشد حس هر فلوشیپ روانشناسی، از هویت حرفه ای/تخصصی می‌شود.

• مسائل و موضوعات اخلاقی در کار روانشناختی بررسی می‌شوند و در سراسر دوره کارورزی مورد بحث قرار می‌گیرند.

• تعاملات فشرده با سایر رشته‌ها و متخصصان به فلوشیپ‌های روانشناسی کمک می‌کند تا ویژگی‌های اساسی روانشناسی را به عنوان یک رشته تعریف کنند و آن اسنادهایی که با سایر متخصصان مراقبت بهداشتی مشترک هستند، را شناسایی نمایند. صلاحیت/شایستگی در عمل بین رشته ای و مبتنی بر تیم، غالب است.

• تاریخچه‌های منحصر به فرد زندگی، تنوع علایق حرفه ای و شخصی، و کاردانی/تخصص در بین فلوشیپ‌های روانشناسی یک جامعه همسال را بوجود می‌آورد که در آن افراد از یکدیگر یاد می‌گیرند.

• فلوشیپ‌های روانشناسی چیزهای زیادی را در طول سال کارورزی دریافت می‌کنند، اما به طور همزمان مورد چالش قرار می‌گیرند، یک هدف سودمند را در گروه همسالان خود و محیط‌های بالینی و مشاوره ای که در آن کار می‌کنند، پیدا می‌نمایند.

• زنجیره برنامه ریزی شده فرصت‌های آموزشی توام با نظارت فردی به هر فلوشیپ روانشناسی کمک می‌کند تا رشد حرفه‌ای و فرصت‌های شغلی پس از کارورزی خود را کاوش و پیگیری کند.

۶- بهبود مداوم کیفیت (Continuous quality improvement)

• خود ارزیابی جامع و دوره‌ای، بهبودهای مداوم را در کیفیت برنامه کارورزی و تجربه فلوشیپ‌های روانشناسی، ارتقاء می‌دهد.

مکان سایت‌های آموزشی کارورزی

آموزش کارورزی در مرکز بهداشت روان کنتیکت (CMHC) Connecticut Mental Health Center، بیمارستان نیوهاون ییل (YNNH) Yale-New Haven Hospital و مرکز استرس ییل (YSC) Yale Stress Center انجام می‌گیرد. فلوشیپ‌های دکترای روانشناسی در یکی از این سازمان‌ها قرار می‌گیرند و این مکان‌ها را از میان ۱۳ محل مختلف انتخاب می‌کنند.

مرکز بهداشت روان کانکتیکات (CMHC) روان درمانی فردی کودکان و بزرگسالان، خانواده درمانی و گروه درمانی و همچنین طیف گسترده‌ای از خدمات مشاوره‌ای، روانی آموزشی، پیشگیرانه، ارزیابی برنامه و جامعه محور را ارائه می‌دهد و سرویس ارزیابی عصب روانشناختی و روانشناختی را با هم ترکیب و یکی می‌کند. این مرکز برای توسعه خدمات بهداشت روان جامع و مدل‌های جدید درمان، به طور فعال با نهادها و سازمان‌های جامعه مانند خدمات بستری بزرگسالان/ واحد بستری حاد، خدمات سرپایی بزرگسالان، خدمات کودک و نوجوان، خدمات قانونی اعتیاد/ کلینیک قانونی مبارزه با مواد، خدمات بهداشت رفتاری، خدمات ارزیابی عصب روانشناختی و روانشناختی، خدمات سوء مصرف مواد/ واحد درمان سوء مصرف مواد، مشاوره، پیشگیری و خدمات برنامه ارزیابی/ مرکز مشاوره، و خدمات جوانان، مشارکت می‌کند.

بیمارستان نیهاون ییل (YNHH) با چهار برنامه مراقبتی بستری حاد و طیف وسیعی از برنامه‌های بیمارستانی سرپایی روزانه فشرده، خدمات روانشناختی را در داخل خدمات روانپزشکی بیمارستان و همچنین چندین محیط یکپارچه پزشکی چند رشته‌ای، ارائه می‌دهد. مرکز استرس ییل (YSC) یک مرکز بالینی و پژوهشی، با ارائه طیف وسیعی از مداخلات درمانی بین رشته‌ای است که بر استرس مزمن و استرس مربوط به رفتارهای ناسازگارانه موثر بر سلامت، تاکید می‌کند. خدمات ارائه شده شامل ارزیابی‌های جامع استرس، درمان فردی، گروه درمانی، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، ورزش و آموزش یوگا، آموزش پاسخ آرامسازی استرس و آموزش تنفس هستند. برنامه‌های تحقیقاتی مرکز استرس ییل (YSC)، یک رویکرد بین رشته‌ای را برای بررسی مکانیسم‌های زیربنایی پاسخ انسان به استرس، نقش خود کنترلی، و اینکه چگونه اجبار فرد را به سمت رفتار اعتیادآور می‌کشاند را با هدف توسعه راهبردهای جدید پیشگیرانه و درمانی برای کاهش تاثیر مضر استرس بر سلامت، اتخاذ می‌کند.

برنامه آموزشی/برنامه درسی

کلیه فلوشیپ‌های دکترای روانشناسی هفته‌ای یک بار برای یک سمینار اصلی ۲/۵ ساعته که طیف متنوعی از موضوعات آموزش داده شده توسط بهترین مربیان در جامعه دانشگاهی را در بر می‌گیرد، با یکدیگر ملاقات می‌کنند. سمینار اصلی برای مثال می‌تواند در زمینه پویایی‌های سازمانی در سیستم‌های پیچیده مراقبت بهداشتی باشد. سمینار اصلی از طریق سمینارهای داخل محل سایت که بر دانش و مهارت‌های لازم برای کار در خدمت به جمعیت‌ها تاکید دارند، تکمیل و رویکردهای بالینی و مشاوره‌ای در سایت بکار گرفته می‌شود.

سمینار اصلی

سمینار اصلی سنگ بنای برنامه آموزشی رسمی در کارورزی دکترای روانشناسی بالینی و روانشناسی جامعه‌نگر است. این سمینار به عنوان منبع مرکزی در برنامه، برای یادگیری مبتنی

بر کلاس درس عمل می‌کند و حس اجتماعی را در بین فلوشیپ‌های روانشناسی پرورش می‌دهد به طوری که همه آنها برای این سمینار هر هفته برای ۲/۵ ساعت در بعد از ظهر روز سه شنبه گرد هم می‌آیند. تاثیرگذارترین مریبان آموزشی و کسانی که تا حد زیادی حداکثر امتیاز را توسط دانشجویان قبلی کسب می‌نمایند، برای آموزش دادن در این سمینار دعوت می‌شوند. فلوشیپ‌های روانشناسی جلسات سمینار هفتگی را ارزیابی می‌کنند و این جلسات به عنوان بخشی از یک نوآوری/ابتکار بهبود مداوم کیفیت، از سالی به سالی دیگر تقویت می‌شوند.

تقریباً نیمی از این سمینار بر موضوعات بالینی مربوط به ارزیابی، تشخیص، پیشگیری و مداخله متمرکز است. جلسات سمینار موارد زیر را پوشش می‌دهند:

- درک/شناخت خود و دیگران

- مصاحبه بالینی

- مدیریت خطر و مسائل حقوقی

- داروشناسی روانی

- ادغام مراقبت‌های اولیه و طب رفتاری

- علوم اعصاب بالینی

- اختلالات مربوط به مصرف مواد

- بیماری روانی شدید

- اختلالات شخصیت

- اختلالات اضطرابی، استرس، اختلال استرس پس از سانحه و خلقی

- طول عمر و مسائل رشدی

بقیه این سمینار به سمت مدل‌هایی سازمان‌دهی می‌شود که طیف گسترده‌ای از موضوعات مرتبط به فلوشیپ‌های دکترای روانشناسی را پوشش می‌دهد. این خدمات عبارتند

از:

- تنوع

- عملکرد مبتنی بر سیستم‌های بین رشته‌ای

- پژوهش‌های علمی
- مشاوره
- ارزیابی برنامه
- رشد حرفه‌ای/تخصصی

بخش رشد حرفه‌ای/تخصصی این دوره آموزشی، موارد زیر را پوشش می‌دهد:

- اخلاق
- بهترین اقدام‌ها در نظارت
- نقش‌های رهبری برای روانشناسان
- توسعه شغلی
- مراقبت از خود

سمینارهای مبتنی بر مکان سایت

سمینار اصلی توسط سمینارهای ارائه شده در مکان سایت‌ها تکمیل می‌شود، با تمرکز بر شایستگی‌های اساسی/ضروری در کار با جمعیت‌های خاص و رویکردهای درمانی‌ای که برای محل سایت مرکزی می‌باشند. شرح این سمینارها می‌تواند در توضیحات مکان سایت یافت شود.

گردهمایی‌ها (گراوند راندهای) گروهی و دروس انتخابی/اختیاری

گروه روانپزشکی ییل میزبان یک گردهمایی (گراوند راند) در هفته است که صبح روزهای جمعه برگزار می‌گردد. فلوشیپ‌های روانشناسی به طور معمول در این گردهمایی حضور پیدا نمی‌کنند، اما ممکن است در سخنرانی‌های گردهمایی‌ها (گراوند راند‌های) منتخبی حاضر شوند که نسبت به آنها علاقه ویژه‌ای دارند.

فلوشیپ‌های روانشناسی همچنین ملزم به اخذ یکی از دروس انتخابی/اختیاری ارائه شده توسط گروه روانپزشکی می‌باشند. اکثر فلوشیپ‌های روانشناسی دروس انتخابی/اختیاری که متمرکز بر فعالیت‌های محل کارورزی رسمی‌شان است را اخذ می‌کنند. با این حال، هر سال

تعدادی از فلوشیپ‌های روانشناسی ممکن است تصمیم به شرکت در یک درس انتخابی/اختیاری بگیرند. شرکت در یک درس انتخابی/اختیاری نیاز به تایید قبلی استاد راهنمای اولیه آن کارورز دارد.

اعضای هیات علمی

اعضای هیات علمی ییل مدیران/مسئولانی در حوزه‌های بهداشت روانی و اعتیادها، و در رشته روانشناسی هستند. بیش از ۲۰۰ روانشناس هیئت علمی در گروه روانپزشکی ییل وجود دارند. بسیاری از این روانشناسان در برنامه کارورزی، به عنوان اساتید راهنما، ناظر، مسئول سمینار، مدیر/مسئول و سخنران خدمت می‌کنند.

اعضای هیات علمی تمام وقت و اعضای هیات علمی (بالینی) داوطلب

بیش از ۸۸ عضو هیئت علمی تمام وقت روانشناس در گروه روانپزشکی و به علاوه ۱۰۹ روانشناس در نقش اعضای هیات علمی بالینی پاره وقت، به خدمت مشغول هستند. اعضای هیات علمی ییل مدیران و مسئولین این رشته و در حیطه‌های تخصصی‌شان دارای ثبت کمک‌های مالی، انتشارات، جوایز و نقش‌هایشان در سازمان‌های تخصصی و هیئت‌های مورد و کمیته‌های تحت حمایت دولت هستند.

بخش بزرگی از اعضای هیئت علمی روانشناسان، در برنامه کارورزی پیش دکتری در روانشناسی بالینی و روانشناسی جامعه‌نگر، به عنوان اساتید راهنما، ناظر، مدیران سمینارها و سخنرانان هستند. بسیاری از این اعضای هیئت علمی نیز فرصت‌های آموزشی بالینی و پژوهشی فوق دکتری را ارائه می‌دهند. روانشناسان در گروه روانپزشکی ییل، به عنوان یک گروه، در باره آموزش نسل آینده روانشناسان، پرشور و احساس هستند و مریبان دلسوزی برای پرورش فلوشیپ‌های پیش دکتری تلقی می‌شوند.

بخش روانشناسی در گروه روانپزشکی ییل دارای یک کمیته اجرایی می‌باشد که شامل روانشناسان دارای درجه دکتری است.

دستمزدها و مزایا

فلوشیپ‌ها برای کارورزی در سال ۲۰۱۵-۲۰۱۴، حداقل مبلغ ۲۷۲۰۰ دلار حق الزحمه دریافت می‌کنند و پیش‌بینی می‌شود که این دستمزد به ۲۸۰۰۰ دلار برسد. فلوشیپ‌ها، همسران و کودکان آنها تحت پوشش بیمه مراقبت بهداشتی قرار می‌گیرند. آنها از بیمه خصوصی نیز می‌توانند استفاده کنند و حدود چهار هفته نیز مرخصی دارند.

نحوه درخواست متقاضیان برنامه آموزشی دکتری

متقاضیان برنامه آموزشی دکتری باید در یک برنامه آموزشی دکتری روانشناسی بالینی، روانشناسی مشاوره، یا روانشناسی جامعه‌نگر مورد تایید APA یا CPA ثبت نام کنند. متقاضیان فرم درخواست برای کارورزی‌های روانشناسی APPIC Application for Psychology Internships (AAPI)، یک فرم درخواست استاندارد برای استفاده دانشجویان متقاضی برنامه های کارورزی را تکمیل می‌کنند.

متقاضیان کارورزی دکتری گروه روانپزشکی ییل در روانشناسی بالینی و روانشناسی جامعه‌نگر باید پنج معیار پذیرش زیر را داشته باشند:

- ۱- ثبت نام در یک برنامه آموزشی دکتری روانشناسی بالینی، روانشناسی مشاوره، یا روانشناسی بالینی و روانشناسی جامعه‌نگر مورد تایید APA یا CPA
- ۲- حداقل ۴۵۰ ساعت ارزیابی و مداخله (ترکیبی از هر دو) چهره به چهره در زمان درخواست
- ۳- حداقل سه سال آموزش تحصیلات تکمیلی
- ۴- گذراندن امتحان جامع یا آزمون تعیین شده در مهلت درخواست
- ۵- پروپوزال رساله تایید شده در مهلت درخواست

تمرکز روی تنوع و فرهنگ در دانشگاه ییل

ماموریت و تعهد دانشگاه ییل، ایجاد فرصت‌های متنوع، مثبت و برابر است و بر اساس جنسیت، نژاد، رنگ، مذهب، سن، معلولیت، وضعیت سربازی، ملیت، قومیت، گرایش جنسی، هویت جنسی فرد تبعیض قائل نمی‌شود. کارورزی دکتری گروه روانپزشکی ییل در

روانشناسی بالینی و روانشناسی جامعه‌نگر روی صلاحیت‌های هسته‌ای تنوع و فرهنگ تاکید می‌کند. برای فلو شپ‌های روانشناسی فرصت‌هایی را فراهم می‌کند تا آگاهی خود را بالا برده و دانش خود را در باره موضوعات حول و حوش تنوع در محیط‌های بالینی و اجتماع افزایش داده و صلاحیت فرهنگی در کار بالینی و پژوهش را ارتقاء دهند. تنوع مواردی چون جنسیت و هویت جنسی، نژاد، قومیت، طبقه اجتماعی، مذهب و معنویت، توانایی فیزیکی یا روانی، سن، گرایش جنسی، اصل و منشأ ملی، وضعیت مهاجرت و توانایی زبانی را در بر می‌گیرد. یادگیری در مورد این موضوعات، در سراسر سال تحصیلی، بوسیله تشکیل دادن چندین جلسه صورت می‌گیرد.

سمینار اصلی و سمینارهای وابسته به مکان سایت

همه فلو شپ‌های روانشناسی در سمینار اصلی ای شرکت می‌کنند که در آن تنوع و فرهنگ به وضوح در یک سلسله سمینار شش جلسه‌ای، برای فراهم کردن یک زیربنای مشترک برای کلیه فلو شپ‌های روانشناسی، مورد تاکید قرار می‌گیرد. این جلسات، که موضوعات دارای اهمیت حیاتی را برای کار در محیط‌های سلامت رفتاری پوشش می‌دهند شامل درک تنوع در جامعه بزرگ تر نیوهاون. ترکیب تمرکز بر فرهنگ و تنوع در اوایل فرایند تعامل مراجع، تلفیق ارزش‌های فرهنگی در درمان، تطبیق دادن شیوه‌های مبتنی بر شواهد بر اساس فرهنگ، استفاده از استانداردهای ملی توسعه برای خدمات متناسب فرهنگی و زبانی در مراقبت‌های بهداشتی *Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care* (استانداردهای CLAS) و درک تاثیر سیاست و قانون‌گذاری مراقبت‌های بهداشتی برای جمعیت‌های محروم هستند. نمونه‌هایی کار بالینی با جمعیت‌های فرهنگی خاص در سراسر این جلسات ارائه می‌شوند. تعدادی جلسات اضافی در طول برنامه درسی بر تنوع، تفاوت‌ها، فرهنگ و شایستگی فرهنگی متمرکز هستند.

فرایند یادگیری در سمینارهای وابسته به مکان سایت ادامه پیدا می‌کند که در آن تمرکز بر جمعیت‌های گوناگونی که در این مکان خدمات دریافت کرده‌اند و همچنین بر انطباق رویکردهای درمانی برای این جمعیت‌ها می‌باشد.

گردهمایی‌های اعضا هیئت علمی و فلوشیپ‌های روانشناسی

روانشناسان عضو هیئت علمی که جلسات سمینار اصلی را بر فرهنگ و تنوع سازماندهی می‌کنند و آموزش می‌دهند، میزبان شام‌های ماهانه هستند که در آن موضوع فرهنگ و تنوع در یک محیط غیر رسمی، اغلب با استفاده از فیلم و یا سایر وسایل رسانه‌ای، به منظور نشان دادن موضوع و بحث فوری، مورد بررسی قرار می‌گیرند. شام‌های ماهانه اختیاری هستند، اما همه فلوشیپ‌های روانشناسی، به منظور تعمیق درک خود از موضوعات چند فرهنگی و راهکارها برای یکی کردن تمرکز بر فرهنگ و تنوع با کار و پژوهش بالینی یا جامعه‌نگر، دعوت به شرکت برای شام‌های ماهانه می‌شوند.

گروه‌های وابسته به دانشگاه ییل

از آنجا که تبادل فکری از ایده‌های دانشگاه ییل است و فرصت‌های متنوع و برابری را ترویج می‌دهد، چندین شبکه و گروه وابسته به دانشگاه ییل وجود دارد از جمله شبکه آسیایی ییل (Asian Network @ Yale)، گروه وابسته امریکایی افریقایی تبار ییل (Yale African American Affinity Group)، گروه وابسته امریکایی لاتین ییل (Yale Latino Affinity Group) و ...

کتاب خط مشی و روش‌های کارورزی دکترای روانشناسی بالینی و جامعه‌نگر دانشگاه ییل

این کتاب مجازی شامل خط مشی و روش‌های کارورزی دانشگاه ییل برای دوره دکترای روانشناسی بالینی و جامعه‌نگر است. محتوای خط مشی و روش‌های کتاب در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- جدول محتوای کتاب خط مشی و روش‌های کارورزی دکتری روانشناسی بالینی و جامعه‌نگر دانشگاه ییل

ارزیابی	مدل برنامه
ارزیابی خط مشی فلوشیپ‌های روانشناسی	اهداف و موضوعات برنامه
ارزیابی فلوشیپ‌های روانشناسی- فرم راهنمای اولیه	فلسفه برنامه
ارزیابی فلوشیپ‌های روانشناسی روانشناسی- فرم استاد راهنما	صلاحیت‌های اصلی
خط مشی ارتباطی برنامه فارغ التحصیلی	تخصیص و ساعات کارورزی
خط مشی دوره کارورزی و پایان دوره	پذیرش
اصول اخلاقی و نظامنامه رفتاری انجمن روانشناسی آمریکا	خط مشی ضد تبعیض و عمل مثبت
شکایت و فرایند حقوقی	خط مشی آماده سازی علمی
شکایت و خط مشی فرایند حقوقی	خط مشی گزینش فلوشیپ
ایمنی و مراقبت شخصی	خط مشی بازدید پس از تطبیق
نکات ایمنی شخصی	دستمزدها و مزایا
مدیریت اضطراری در دانشگاه ییل	حق الزحمه‌ها، مزایا و خط مشی‌های مالیاتی
خط مشی نیروی انسانی داوطلب	خط مشی‌های مرخصی
دانش زمان برای درخواست کمک	خط مشی مرخصی شخصی و زمان بیماری
روابط و سوء رفتار جنسی	خط مشی مرخصی پزشکی و خانوادگی
خط مشی سوء رفتار جنسی	نظارت
خط مشی روابط توافقی / مبنی بر رضایت بین استاد-دانشجو	خط مشی نظارت
اجرایی	نظارت و زمان ورود- کارشناسی ارشد
خط مشی روابط دوگانه	نظارت و زمان ورود- نمونه
خط مشی کمک‌های اجرایی/ادارای	طرح‌های علمی
دستورالعمل‌های اجرایی/اداری برای فلوشیپ‌های روانشناسی	خط مشی طرح علمی
خط مشی آموزش اجباری	فرم طرح علمی
دستورالعمل‌های V2 کلاس‌ها	
کمیته مشورتی هفتگی فلوشیپی	

پیوستها

فهرست کامل دوره‌های آکادمیک دانشگاه‌های خارج از کشور در روانشناسی جامعه‌نگر

فهرست کاملی از دوره‌های آکادمیک دانشگاه‌های خارج از کشور در روانشناسی جامعه‌نگر شامل دوره کارشناسی ارشد و دکتری روانشناسی جامعه‌نگر، دوره کارشناسی ارشد و دکتری روانشناسی بالینی - جامعه‌نگر، دوره کارشناسی ارشد و دکتری بین رشته‌ای پژوهش/عمل جامعه‌نگر و پیشگیری، در پیوست کتاب آمده است. همچنین برای یادگیری بیشتر در باره برنامه‌های دکتری روانشناسی بالینی جامعه‌نگر در امریکا لینک‌های مرتبط در پیوست کتاب آمده است.

فهرست کامل دوره‌های آکادمیک دانشگاه‌های خارج از کشور در روانشناسی جامعه‌نگر

Graduate Programs in Community Psychology
Masters in Community Psychology

- **The Adler School of Professional Psychology**
Vancouver, Canada
- **The American University in Cairo**
Psychology Unit
Cairo, Egypt
- **Antioch University**
Department of Psychology
Los Angeles, CA
- **University of Brighton**
School of Applied Social Science
Brighton, UK
- **Central Connecticut State University**
Department of Psychology
New Britain, CA
- **Edith Cowan University**
School of Psychology and Social Science
Joondalup, Australia
- **Manchester Metropolitan University**
Faculty of Health, Psychology, and Social Care
Manchester, England
- **University of Massachusetts Lowell**
Psychology Department
Lowell, MA
- **Metropolitan State University**
College of Professional Studies St. Paul, MN
- **University of New Haven**
Department of Psychology and Sociology
West Haven, CT
- **Pacifica Graduate Institute**
Department of Psychology
Carpinteria, CA
- **Penn State Harrisburg**
School of Behavioral Sciences and Education
Harrisburg, PA
- **Portland State University**
Psychology Department
Portland, OR

- **The Sage Colleges**
Department of Psychology
Albany, NY
- **Instituto Superior de Psicologia Aplicada**
Department of Psychology
Lisbon, Portugal
- **The University of the Incarnate Word**
Psychology Department San
Antonio, Texas
- **Victoria University of Technology**
School of Psychology
Melbourne, Australia
- **University of Waikato**
School of Arts and Social Sciences
Hamilton, New Zealand
- **Wilfrid Laurier University**
Department of Psychology
Waterloo, Canada

Society for Community Research and Action www.scra27.org

**Graduate Programs in Community Psychology
Masters in Community-Clinical Psychology**

- **Antioch University**
Department of Psychology Los Angeles, CA
- **University of North Carolina, Charlotte**
Department of Psychology
Charlotte, NC
- **Sage Graduate Schools**
Department of Psychology
Albany, NY

Society for Community Research and Action www.skra27.org

**Graduate Programs in Community Psychology
Interdisciplinary Masters in Community Research/Action and Prevention**

- **Harvard University**
Ed. M. in Prevention Science and Practice
Cambridge, MA
- **University of Miami**
M.S. Ed. in Community and Social Change
Miami, FL
- **University of Michigan**
M.P.H. in Health Behavior and Health Education
Ann Arbor, MI
- **University of Wisconsin-Madison**
M.S. in Human Development and Family Studies
Madison, WI
- **Vanderbilt University**
M.Ed. in Community Development & Action
Nashville, TN

Society for Community Research and Action www.scra27.org

Graduate Programs in Community Psychology
Doctoral Programs in Community Psychology

- **DePaul University**
Department of Psychology
Chicago, IL
- **Edith Cowan University**
School of Psychology and Social Science
Joondalup, Australia
- **Georgia State University**
Department of Psychology
Atlanta, GA
- **Instituto Superior de Psicologia Aplicada**
Department of Psychology
Lisbon, Portugal
- **Michigan State University**
Department of Psychology
East Lansing, MI
- **National-Louis University**
Department of Psychology
Chicago, IL
- **Pacifica Graduate Institute**
Department of Psychology
Carpinteria, CA
- **Portland State University**
Department of Psychology
Portland, OR
- **University of Hawaii**
Department of Psychology
Honolulu, HI
- **University of Illinois at Chicago**
Department of Psychology
Chicago, IL
- **Université Laval**
Department of Psychology
Québec City, Canada
- **University of Maryland, Baltimore County**
Department of Psychology
Baltimore, MD
- **University of Quebec**
Department of Psychology
Montreal, Canada

- **University of Virginia**
Department of Psychology
Charlottesville, VA
- **University of Waikato**
School of Arts and Social Sciences
Hamilton, New Zealand
- **Wichita State University**
Department of Psychology
Wichita, KS
- **Wilfrid Laurier University**
Department of Psychology
Waterloo, Ontario, Canada

Society for Community Research and Action www.scra27.org

Graduate Programs in Community Psychology
Doctoral Programs in Community-Clinical Psychology

- **Arizona State University**
Department of Psychology
Tempe, AZ
- **Bowling Green State University**
Department of Psychology
Bowling Green, OH
- **California School of Professional Psychology**
School of Professional Psychology
Los Angeles, CA
- **DePaul University**
Department of Psychology
Chicago, IL
- **George Washington University**
Department of Psychology
Washington, DC
- **Georgia State University**
Department of Psychology
Atlanta, GA
- **Michigan State University**
Department of Psychology
East Lansing, MI
- **University of Alaska**
Department of Psychology
Anchorage or Fairbanks, AK
- **University of Illinois**
Department of Psychology
Urbana-Champaign, IL
- **University of La Verne**
Department of Psychology
La Verne, CA
- **University of Maryland**
Department of Psychology
Baltimore, MD
- **University of South Carolina**
Department of Psychology
Columbia, SC
- **Rutgers University**
Graduate School of Applied & Professional Psychology
Piscataway, NJ

- **Wayne State University**
Department of Psychology
Detroit, MI
- **Wichita State University**
Department of Psychology
Wichita, KS

Society for Community Research and Action www.skra27.org

**Graduate Programs in Community Psychology
Interdisciplinary Doctoral Programs in Community Research/Action and
Prevention**

- **Clemson University**
International Family and Community Studies
Clemson, SC
- **Georgetown University**
Psychology & Public Policy
Washington, DC
- **North Carolina State University**
Psychology in the Public Interest
Raleigh, NC
- **Penn State University**
Human Developmental and Family Studies
University Park, PA
- **University of California - Santa Cruz**
Social Psychology with a Social Justice Focus
Santa Cruz, CA
- **University of Guelph, Ontario**
Applied Social Psychology
Ontario, Canada
- **University of Kansas**
Applied Behavioral Science
Lawrence, KS
- **University of Michigan**
Health Behavior and Health Education
Ann Arbor, MI
- **University of North Carolina, Charlotte**
Community Health Psychology
Charlotte, NC
- **University of North Carolina**
Community Health
Greensboro, NC
- **University of Wisconsin-Madison**
Human Development and Family Studies
Madison, WI
- **Vanderbilt University**
Community Research and Action
Nashville, TN

Society for Community Research and Action www.scra27.org

لینک‌های مرتبط با برنامه های دکتری روانشناسی بالینی جامعه نگر در امریکا

Doctoral Clinical-Community Psychology Programs

Arizona State University, Department of Psychology - Tempe, AZ
Bowling Green State University, Department of Psychology - Bowling Green, OH
California School of Professional Psychology, School of Professional Psychology - Los Angeles, CA
DePaul University, Department of Psychology - Chicago, IL
George Washington University, Department of Psychology - Washington, DC
Georgia State University, Department of Psychology - Atlanta, GA
Michigan State University, Department of Psychology - East Lansing, MI
Rutgers University, Graduate School of Applied & Professional Psychology - Piscataway, NJ
University of Alaska, Department of Psychology - Anchorage or Fairbanks, AK
University of Illinois, Champaign-Urbana, Department of Psychology - Urbana-Champaign, IL
University of La Verne, Department of Psychology - La Verne, CA
University of Maryland, Baltimore County, Department of Psychology - Baltimore, MD
University of South Carolina, Department of Psychology - Columbia, SC
Wayne State University, Department of Psychology - Detroit, MI
Wichita State University, Department of Psychology - Wichita, KS
Yale University, Yale School of Medicine, The Psychology Section within the Yale Department of Psychiatry- New Haven, Connecticut

معرفی مجله‌های مرتبط با روانشناسی جامعه‌نگر

مجله‌های زیر مقاله‌های مرتبط با روانشناسی جامعه‌نگر را منتشر می‌نمایند:

American Journal of Community Psychology (Society for Community Research and Action (SCRA) journal)

Global Journal of Community Psychology Practice

Journal of Community & Applied Social Psychology (international journal)

Journal of Community Psychology (international journal)

Journal of Rural Community Psychology (e-journal)

Psychosocial Intervention/Intervention Psychosocial (published in both Spanish and English)

Rivista di Psicologia di Comunità (Italian journal)

The Australian Community Psychologist (Journal of the Australian Psychological Society)

علاوه بر این، تعدادی مجله‌های بین رشته‌ای مانند مجله بهداشت روانی جامعه‌نگر

(Community Mental Health Journal) وجود دارد که دارای مقالاتی در حوزه بهداشت

روانی جامعه‌نگر است که به جنبه‌هایی از روانشناسی جامعه‌نگر می‌پردازند.

در ایران فصلنامه روانشناسی بالینی جامعه‌نگر به صاحب امتیازی گروه روانشناسی

بالینی دانشگاه خوارزمی (تربیت معلم سابق) با همکاری اداره نشریات معاونت فرهنگی

و معاونت پژوهشی دانشگاه خوارزمی (تربیت معلم سابق) منتشر می‌گردد. این فصلنامه

فاقد رتبه علمی پژوهشی است و یک نشریه علمی فرهنگی اجتماعی با آدرس ایمیل

psycho.clin.s@gmail.com می‌باشد.

جستجوی موضوعات و اصطلاحات مرتبط برای کسب اطلاعات بیشتر در باره روانشناسی جامعه‌نگر

برای کسب اطلاعات بیشتر همچنین می‌توان موضوع‌ها و اصطلاحات محیط‌های رفتار (Behavior settings)، سازمانی کردن جامعه/سازمان دهی جامعه (Community organizing)، کارگاه آموزشی سازمانی (Organization Workshop)، قوم‌نگاری (Ethnography)، گراند تئوری (Grounded theory)، پویایی‌های گروه (Group dynamics)، ظرفیت یا قابلیت گروهی بزرگ (Large Group Capacitation)، موسسه/نهاد (Institution)، مدل چند سطحی (Multilevel model)، تصویر صدا (Photovoice)، ارزیابی برنامه (Program evaluation)، تفکر سیستم‌ها (Systems thinking)، سرمایه اجتماعی (Social capital)، و حمایت اجتماعی (Social support) را جستجو کرد.

منابع

- اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۷۵). بهداشت روانی و مراقبت از بیماران روانی. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه.
- اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۷۷). راهنمای روان‌درمانی برای کارگزاران پزشکی. تهران: انتشارات بشری.
- اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۷۹). روانشناسی و بهداشت روانی برای دانشجویان بهیاری. انتشارات وزارت بهداشت.
- اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۳). درباره خودکشی در نوجوانان. تهران: انتشارات آرامش.
- اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۷). بهداشت روانی در مدارس. پایان نامه برای دریافت درجه دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده روانشناسی.
- اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۲). بهداشت روانی پیشرفته در روانشناسی بالینی. جزوه‌های آموزشی موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- افتخار اردبیلی، مهرداد، دادفر، محبوبه، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۳). همبودی اختلال‌های روانپزشکی در مراجعه کنندگان یک درمانگاه روانپزشکی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دهم، شماره ۱ و ۲، ۲۱-۱۱.
- بدار، لوک، دزیل، ژوزه، لامارش، لوک (۱۳۸۹). روان‌شناسی اجتماعی. ترجمه دکتر حمزه گنجی، تهران: انتشارات ساوالان. چاپ هفتم.
- بوالهری، جعفر (۱۳۹۲). تغییر ساختار انستیتو روانپزشکی ایران / ایجاد روانپزشکی جامعه نگر برای اولین بار. خبرگزاری مهر.
- بوالهری، جعفر، احمد خانیها، حمیدرضا، حاجبی، احمد، باقری یزدی، سیدعباس، ناصر بخت، مرتضی، کریمی کیسمی، عیسی، طهماسبی، سیامک (۱۳۹۰). ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان کشور در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۴، ۲۷۸-۲۷۱.
- بوالهری، جعفر، اصغر نژاد فرید، علی اصغر، محمدپور، احمدرضا، طاهری، ابوالقاسم (۱۳۸۹). نهج البلاغه و بهداشت روان. تهران: انتشارات دانژه.
- بوالهری، جعفر، دادفر، محبوبه (۱۳۷۹). بهداشت روانی زنان و کودکان پناهنده و آواره جهان. مقاله ارائه شده در همایش بین‌المللی زنان و کودکان پناهنده، تهران.

بیان زاده، سیداکبر، عاطف وحید، محمد کاظم، بوالهری، جعفر، نصر اصفهانی، مهدی، شاه محمدی، داوود، دادفر، محبوبه، بخشانی، نورمحمد، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۳). بررسی مقدماتی شیوع سوء مصرف مواد در مناطق روستایی غرب استان تهران (هشتگرد و طالقان) با استفاده از افراد کلیدی. مجله حکیم، دوره هفتم، شماره اول، ۱۷-۹.

تودر، کیت (۱۹۹۶). ارتقای سلامت روان: پارادایم‌ها و برنامه‌ها. ترجمه مرتضی خواجه‌جوی، مهین درستی، مصطفی ذوالفقاری مطلق، عبدالحسین صادقی مرشت، عاطفه غیاث فخری، فهیمه فتحعلی لواسانی مطلق، حسین مجتهدی و مهدی میر محمد صادقی. تهران: سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.

حیدری، جبار (۱۳۸۷). بهداشت روانی. تهران: جامعه‌نگر، چاپ اول، ص ۱۰۷ و ۱۰۸.

خلج، طیبه (۱۳۸۷). بهداشت اجتماع. www.pajoohe.com/fa/index.php

دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه (۱۳۹۲). رویکرد نوروپسیکولوژیک جامعه‌نگر. مقاله ارائه شده در ششمین سمپوزیوم نوروپسیکولوژی ایران، تهران ۲۱-۱۹ آذر ماه.

دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). افسردگی مردان: جنبه‌های زیستی و روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه.

دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه، عشایری، حسن، عاطف وحید، محمد کاظم، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). دامانس آلزایمر: جنبه‌های زیستی و عصب روانشناختی. تهران: انتشارات میرماه. دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). روان درمانی مذهبی در درمان بیماران مضطرب و افسرده. مقاله منتشر نشده موجود در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روانی. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران.

دادفر، محبوبه (۱۳۸۱). بررسی اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان مراجعه کننده به انستیتو روانپزشکی تهران مقاله ارائه شده در اولین همایش بین المللی کودکان و نوجوانان، تهران.

دادفر، محبوبه (۱۳۸۳). بررسی نقش مذهب در بهداشت روانی و فرآیندهای روان درمانی، نقد و نظر، سال نهم، شماره سوم و چهارم، ۱۲۱-۸۴.

دادفر، محبوبه (۱۳۸۵). ارزیابی اثربخشی برنامه آموزش مهارت های زندگی به کودکان از طریق فرهنگسراها و مراکز فرهنگی منتخب شهر تهران. مقاله ارائه شده در اولین همایش سراسری کودک سالم، تهران، جهاد دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی ایران و پژوهشکده رویان، ۴-۵ اسفند ماه.

- دادفر، محبوبه (۱۳۸۵). بررسی برخی از ویژگی‌های جمعیت شناختی و مشکلات بهداشت روانی ۸۰ زن روسپی ساکن مرکز بهزیستی طوس در شهر مشهد - سال ۱۳۸۲. مقاله ارائه شده در ششمین همایش سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران، تهران، ۳۰ آبان تا ۳ آذر ماه.
- دادفر، محبوبه (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود روابط بین فردی (یکی از حیطه‌های هوش هیجانی) دختران محروم از زندگی در خانواده. مقاله ارائه شده در کنگره ملی سلامت خانواده جهاد دانشگاهی واحد دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روانپزشکی تهران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ۲۴-۲۳ دی ماه و اولین کنگره نقش زن در سلامت خانواده و جامعه، تهران، دانشگاه الزهراء، ۲۵-۲۳ اردیبهشت ماه.
- دادفر، محبوبه (۱۳۸۸). بررسی هم‌ابتلایی در اختلال‌های دوره شیر خواری، کودکی یا نوجوانی. مقاله ارائه شده در کنگره ملی سلامت خانواده جهاد دانشگاهی واحد دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روانپزشکی تهران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ۲۴-۲۳ دی ماه.
- دادفر، محبوبه (۱۳۹۲). مرگ، معنویت و سالمندی. مقاله ارائه شده در دفتر مطالعات اسلامی در بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل، رضوانی فرانی، دادفر، فرشته (۱۳۹۱). حقوق سالمندان در قرآن و حدیث. مقاله ارائه شده در سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی: حقوق بیماران. ۲۲-۲۴ بهمن ماه، جزیره کیش، ایران.
- دادفر، محبوبه، بوالهروی، جعفر، ملکوتی، سید کاظم، بیان زاده سیداکبر (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۱ و ۲، ۲۷-۳۲.
- دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). افسردگی نوجوانان: راهنمای عملی برای نوجوانان و والدین. تهران: انتشارات رویان پژوه.
- دادفر، محبوبه، بیرشک، بهروز، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). ارزیابی روانشناختی سالمندان. تهران: انتشارات میرماه.
- دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۸۹). بررسی رضایتمندی بیماران سرپایی یک مرکز دولتی از خدمات مشاوره‌ای/درمانی خود. فصلنامه سلامت روان.
- دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۹۰). رویکردهای درمانی اعتیاد. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره سالیانه پایه‌های زیستی اعتیاد. تهران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳-۱ تیر ماه.

- دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته، بیرشک، بهروز، سلطانی، خدیجه (۱۳۸۹). داروهای ضد افسردگی در درمان افسردگی نوجوانان: عوارض جانبی و تداخلات دارویی مقاله ارائه شده در اولین کنگره تداخلات دارویی در بیماری‌های اعصاب و روان جانبازان، تهران مرکز تحقیقات بیمارستان خاتم النبیا. ۱۱ - ۱۲ اسفند ماه.
- دادفر، محبوبه، صابری زفرقندی، محمدباقر، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۳). رویکردهای روانشناختی در درمان اعتیاد. تهران: انتشارات میر ماه.
- دادفر، محبوبه، کولیوند، پیرحسین، اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۳). بهداشت روانی مهاجران و پناهندگان. تهران: انتشارات میر ماه.
- دادفر، محبوبه، لستر، دیوید (۱۳۹۳). برنامه آموزش مرگ: راهنمای کاربردی برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی. تهران: انتشارات میر ماه.
- دادفر، محبوبه، ملکوتی، سید کاظم، بوالهری، جعفر، بیان زاده سیداکبر (۱۳۸۰). بررسی همبودی اختلال‌های شخصیت در بیماران وسواسی - جبری و مقایسه آنها با افراد بهنجار. مقاله ارائه شده در ششمین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۱۷-۱۴ آبان ماه.
- راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ)، تهران: انتشارات رویان پژوه.
- رمضانی فرانی، عباس، دادفر، محبوبه (۱۳۸۴). معرفی یک مدل مداخله شناختی- رفتاری دینی در درمان اختلال وسواسی - جبری، نقد و نظر، شماره ۳۷ و ۳۸، ۳۳۸-۳۴۸.
- رمضانی فرانی، عباس، عمادی، سید کمال‌الدین، عاطف‌وحید، محمد کاظم (۱۳۸۰). راهبردهای تأمین سلامت روانی در قرآن. چکیده مقالات اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. تهران ۲۷-۳۰ فروردین ماه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران.
- رمضانی فرانی، عباس، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین، دادفر، محبوبه، بهرامی، فاضل (۱۳۹۳). معرفی مدل‌های مداخله شناختی رفتاری مذهبی در درمان اضطراب و اختلال وسواسی جبری. تهران: انتشارات میر ماه.
- سارافینو، ادوارد (۱۳۸۷). روان‌شناسی سلامت. ترجمه سیدعلی احمدی ابهری و همکاران، تهران: انتشارات رشد، چاپ دوم، ص ۵۲.

روانشناسی جامعه‌نگر / ۱۰۱

شریفی، ونداد (۱۳۹۰). مروری بر برنامه‌های آموزش روانپزشکی جامعه‌نگر برای دستیاران روانپزشکی در کشورهای مختلف. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۲، ۱۰۵-۹۹.

صابری زفرقندی، محمدباقر، دادفر، محبوبه، سالاریان، علی، قضایی پور ابرقویی، فرزاد، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). شربت تریاک. تهران: انتشارات میر ماه.

ضیایی، صدیقه، دادفر، محبوبه (۱۳۸۵). ارزیابی اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به خانواده‌ها از طریق فرهنگسراها و مراکز فرهنگی منتخب شهر تهران. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران، تهران، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده، اردیبهشت ماه.

طیری، فریبا، اصغرنژاد فرید، علی اصغر، بوالهروی، جعفر، قاضی زاده، احمد (۱۳۸۵). ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه روستایی شهرستان سندج، سال دوازدهم، شماره ۴، ۴۰۹-۴۰۳.

طیری، فریبا، اصغرنژاد فرید، علی اصغر، بوالهروی، جعفر، قاضی زاده، احمد (۱۳۸۵). بررسی رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌هایشان از برنامه‌های بهداشت روان در مناطق روستایی، رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰، ۱۱۵-۱۰۱.

طیری، فریبا، دادفر، محبوبه (۱۳۸۷). ارتباط بین عملکرد خانواده و سازگاری دانش‌آموزان دبیرستانی. مقاله ارائه شده در سومین کنگره ملی آسیب‌شناسی خانواده، تهران، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده، ۲۶-۲۳ اردیبهشت ماه.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۳). بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش‌ها. فصلنامه رفاه اجتماعی، شماره ۱۴، ۵۷-۴۱.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۹). کارگاه آموزشی ارزیابی و تشخیص برای سازمان‌ها و مراکز مختلف کشور.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۹). کارگاه آموزشی آزمون‌های روانشناختی برای سازمان‌ها و مراکز مختلف کشور.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۱). ارزیابی و تشخیص. جزوه و اسلایدهای آموزشی موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۱). نوروپسیکولوژی در روانشناسی بالینی. جزوه و اسلایدهای آموزشی موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.

- عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۲). روانشناسی جامعه‌نگر. اسلایدهای آموزشی موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۹۲). روانشناسی جامعه‌نگر. جزوه‌های آموزشی موجود در دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- عاطف وحید، محمد کاظم، دادفر، محبوبه (۱۳۹۳). راهنمای اخلاق و رفتار حرفه‌ای در روانشناسی بالینی (برای روانشناسان، مشاوران و روانپزشکان). تهران: انتشارات میرماه.
- فیرس، جری، ترال، تیموتی (۱۳۸۲). روان‌شناسی بالینی. ترجمه مهرداد فیروزبخت و سیف‌الله بهاری، تهران: انتشارات رشد، چاپ اول، ص ۶۰۰.
- کاظمی، هادی، بهرامی، فاضل، رضوانی فرانی، عباس، کولیوند، پیرحسین، دادفر، محبوبه (۱۳۹۳). درآمدی بر بهداشت روان سالمندان از دیدگاه قرآن و حدیث. تهران: انتشارات میرماه.
- کرامر، جفری، پی، برنستاین، داگلاس ای، فیرز، وبکی. (۱۳۸۹). روان‌شناسی بالینی. ترجمه مهدی گنجی و حمزه گنجی، تهران: انتشارات ساوالان، چاپ اول، ص ۳۷۲.
- کولیوند، پیرحسین، طیبه، محبوبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، هادی (۱۳۹۳). خودکارآمدی. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). بازتوانی قلبی. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی، مختاری، ریحانه، خاکپور، مریم (۱۳۹۲). مدیریت کارآفرینی و نقش آن در حوزه سلامت. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). ارتقای بهره‌وری در بیمارستان‌ها. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). نگاهی نو به مدیریت بیمارستانی. تهران: انتشارات میرماه.
- کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی، پرویزی، شهرام (۱۳۹۲). مدیریت بهداشت در بیمارستان. تهران: انتشارات میرماه.
- محمدیان، مهرداد، دادفر، محبوبه، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۴). غربالگری اختلالات روانی در مهاجران افغان مقیم تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال یازدهم، شماره ۳، ۲۷۷-۲۷۰.
- منیرپور، نادر (۱۳۸۹). ارتقا سلامت روان دانشجویان: رویکرد اجتماع‌نگر و مشاوران همسال. تهران: مرکز انتشارات جهاد دانشگاهی و همد شهید بهشتی.
- مهرابی، دادفر، محبوبه، بررسی نقش عوامل روانشناختی در اختلالات کنشی جنسی (۱۳۸۲). فصلنامه اندیشه و رفتار، سال نهم، شماره ۱، ۱۱-۴.

نظیری، قاسم، دادفر، محبوبه، کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۸۴). نقش پایبندی های مذهبی، باورهای ناکارآمد مذهبی، احساس گناه و باورهای ناکارآمد شناختی در شدت علایم وسواسی - اجباری. مجله اندیشه و رفتار، سال ۱۱، شماره ۳، ۲۸۹-۲۸۳.

نصر، نصراله، کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). فناوری اطلاعات در سلامت. تهران: انتشارات میرماه.

نوعی، زهرا، شریفی، ونداد، ابوالحسنی، فرید، امین اسماعیلی، معصومه، موسوی نیا، سید جعفر (۱۳۹۲). راه اندازی اولین مرکز سلامت روان جامعه نگر در ایران: تجربه ی مراقبت مشارکتی. اصول بهداشت روانی، سال پانزدهم، شماره ۱، پیاپی ۵۷، ۴۲۳-۴۱۹.

American Psychological Association: Division 27

APS College of Community Psychologists: Publications. retrieved on: December 29, 2007.

Aubry, T. (2011). Conducting research on homelessness in Canada from a community psychology perspective: Reflections on lessons learned. *International community psychology: Community approaches to contemporary social problems*. 1, 193-220, Puebla, México.

Bahrami, F., Dadfar, M., Lester, D., & Abdel-Khalek, A. M. (2014). Death distress in Iranian older adults. *Advances in Environmental Biology*, 8, 12, 56-62.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*: New York, Basic books.

Careersinpsychology.org/becoming-a-community-psychologist

Chavis, D.M., & Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18(1), 55-81.

Cherry, K. (2014). What Is Community Psychology? Available from psychology.about.com/od/.../a/community-psychology.htm

Community Psychologist Career. (2014). Available from www.psychologyschoolguide.net/psychology.../community-psychologists

Community psychology careers. (2014). How to become a community psychologist? Available from careersinpsychology.org/becoming-a-community-psychologist

Dadfar, M., Bolhari, J., & Dadfar, F. (2012). Integration of prevention of child sexual abuse in Primary Health Care (PHC) in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry*, 7, 4, Suppl. Indexing: pubmed

Dadfar, M., & Lester, D. (2014). Death concern and death obsession in Iranian nurses. Submitted for publication.

Dadfar, M., & Lester, D. (2014). Fear of death in Iranian nurses. Paper presented at The Second International Anxiety Congress in Tehran, Iran, October 1-3.

Dadfar, M., Asgharnejad Farid, A. A., Atef Vahid, M. K., Lester, D., & Birashk, B. (2014). Reasons for fearing death in Iranian nurses. *Global Journal on Advances*

- in Pure and Applied Sciences, 4, 335-341. And Paper presented at World Congress of Health Sciences in Antalya, Turkey 2014 April 24 -27.
- Dadfar, M., Lester, D., Asgharnejad Farid, A. A., Atef Vahid, M. K., & Birashk, B. (2014). Death depression in Iranian nurses. *Advances in Environmental Biology*, 8, 13, 218-222.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2001). *Community psychology: Linking individuals and communities*. Stamford, CT: Wadsworth/Thompson Learning, Inc.
- Eduardo Almeida Acosta, F. H. (2011). Community psychology and social problems in Mexico. *International community psychology: Community approaches to contemporary social problems.1*, 313-329, Puebla, México.
- Eduardo Almeida Acosta, F. H., Hinojosa Rivero, G., Soto Badillo, O., Inguanzo Arteaga, G., Eugenia Sánchez y Díaz de Rivera, M., Cuétara Priede, C. (2011). *International community psychology: Community approaches to contemporary social problems.1*, 14-30, Puebla, México.
- Idealist.org. (2014). Degree overview: Community psychology.
- Jameson, J. P. (2014). Special topics in abnormal psychology: Community psychology. Available at <https://psychology.sas.upenn.edu/node/18580>.
- Jason, L.A., & Glenwick, D.S. (Eds.) (2012). *Methodological approaches to community-based research*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://www.apa.org/pubs/books/4316136.aspx>
- Jason, L.A., Keys, C.B., Suarez-Balcazar, Y., Taylor, R.R., Davis, M., Durlak, J., Isenberg, D. (2004). (Eds.). *Participatory community research: Theories and methods in action*. Washington, D.C.: American Psychological Association. <http://www.apa.org/pubs/books/4318003.aspx>
- Kelly, J. G. (1971). Qualities for the community psychologist. *American Psychologist*, 26, 10, 897-903.
- Kelly, J. G. (1986). An ecological paradigm: Defining mental health consultation as a preventive service. *Prevention in Human Services*, 4:1-36.
- Kelly, J.G. (1966). Ecological constraints on mental health services. *American Psychologist*, 21, 535-539.
- Levine, M., & Perkins, D. V. (1997). *Principles of community psychology (2nd Ed)*. New York: Oxford University Press.
- Levine, M., Perkins, D.D., & Perkins, D.V. (2005). *Principles of community psychology: Perspectives and applications (3rd Edition)*. New York: Oxford University Press. (p. 64-69)
- Malvezzi, S. (2011). Critical thinking on theory and practice of community psychology. *International community psychology: Community approaches to contemporary social problems.1*, 330-344, Puebla, México.
- Martínez Tena, A. de La C. (2011). Cultural factors and primary health care in Cuba. A view from community praxis. *International community psychology: Community approaches to contemporary social problems.1*, 295-312, Puebla, México.

- Maton, K. I., Perkins, D. D., & Saegert, S. (2006). Community psychology at the crossroads: Prospects for interdisciplinary research. *American Journal of Community Psychology*, 38(1-2), 9-21.
- McMillan, D.W., & Chavis, D.M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *American Journal of Community Psychology*, 14(1), 6-23.
- Meritt, D. M.; Greene, G. J.; Jopp, D. A.; and Kelly, J. G. (1999). A history of Division 27 (Society for Community Research and Action). In *Unification through Division: Histories of the divisions of the American Psychological Association*, Volume III, ed. D. A. Dewsbury. Washington, DC: American Psychological Association.
- Montero, M. (2011). From complexity and social justice to consciousness: Ideas that have constructed community psychology. *International community psychology: Community approaches to contemporary social problems*, 1, 50-76, Puebla, México.
- Montero, M., y Serrano-García, I. (comps.). (2011). *Historias de la Psicología Comunitaria en América Latina. Participación y Transformación*. Buenos Aires: Paidós. 447.
- Moritsugu, J. GR., Wong, F. Y., Grover Duffy, K. (2009). *Community psychology*, (4th ed.). Allyn & Bacon, Inc.
- Nelson, G. & Prilleltensky, I (2010). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being* paperback.
- Orford, J. (2008). *Community psychology: Challenges, controversies and emerging consensus*, John Wiley and Sons.
- Perkins, D.D., Florin, P., Rich, R.C., Wandersman, A. & Chavis, D.M. (1990). Participation and the social and physical environment of residential blocks: Crime and community context. *American Journal of Community Psychology*, 18, 83-115.
- Psychology.about.com/od/.../a/community-psychology.htm What is community psychology?.
- Psychology-careers.com/community-psychologist/.
- Quintal de Freitas, F. M. (2011). Community social psychology as political education and awareness-raising: Resistences and possibilities in everyday life. suggestions for a model of analysis. *International community psychology: Community approaches to contemporary social problems*, 1, 77-98, Puebla, México.
- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research, & action*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in human Services*, 3, 1-7.
- Rappaport, J., & Seidman, E. (2000). *The handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Reich, S. M., Riemer, M., Prilleltensky, I., Montero, M. (2007). *International community psychology: History and theories*. New York: Springer. 443.

- Riger, S. (1993). What's wrong with empowerment? *American Journal of Community Psychology*, 21(3), 279–292.
- Sarason, S.B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Social Psychology Network Professional Journals. Retrieved on: December 19, 2007.
- Society for Community Research and Action (SCRA). Division 27 of the American Psychological Association. Retrieved on: February 5, 2008.
- Stark, W. (2011). Community psychology as a linking science potentials and challenges for transdisciplinary competences. *International community psychology: Community approaches to contemporary social problems.1*, 131-144, Puebla, México.
- Tolan, P., Keys, C., Chertok, F., & Jason, L. (Eds.). (1990). *Researching community psychology: Issues of theories and methods*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://www.apa.org/pubs/books/4318031.aspx>
<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1990-98742-000/>
- Trickett, E.J. (1984). Towards a distinctive community psychology: An ecological metaphor for training and the conduct of research. *American Journal of Community Psychology*, 12, 261–279.
- Vázquez Rivera, C., Pérez Jiménez, D., Figueroa Rodríguez, M., Pacheco Bou, W. y Resto-Olivo, J. (2009). *Psicología Comunitaria Internacional: Agendas Compartidas en la Diversidad*. San Juan, Puerto Rico: Programa de Investigación y Refortalecimiento Comunitario, Instituto FILIUS, Universidad de Puerto Rico. 591.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Wiesenfeld, E. (2011). Community social psychology in Latin America: Myths, dilemmas and challenges. *International community psychology: Community approaches to contemporary social problems.1*, 100-130, Puebla, México.
- Wikipedia (2014). Community psychology.
- Zimmerman, M.A. (2000). Empowerment Theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. *Handbook of community psychology*, 43–63.

نمایه موضوعی

برابری جنسیتی، ۲۷	آ
برنامه فعالیت اجتماعی، ۱۱، ۶۲	آموزش، ۱۰، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۳۹، ۴۲، ۴۴، ۴۸، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۴، ۵۵، ۵۷، ۶۰، ۶۱، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۸، ۷۹، ۸۱، ۸۲، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱
برنامه مشترک، ۲۶، ۲۷	۱
برنامه ریزی، ۶۵	اجتماعی کردن، ۵۱
برنامه های کمک بین سیستم ها، ۱۱، ۶۲	اختلال روانی، ۱۶، ۵۰
برنامه های هماهنگ کننده بین سیستم ها، ۱۱، ۶۲	ارتقاء سلامت، ۹، ۱۸، ۲۵، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۸، ۵۷
بهداشت روان، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۴، ۳۲، ۶۵، ۷۴، ۹۷، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲	ارزیابی، ۱۷، ۲۳، ۳۳، ۳۵، ۳۸، ۴۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۸، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۹، ۸۲، ۹۶، ۹۹، ۱۰۱
بهداشت روان جامعه نگر، ۱۷، ۲۴	استرس، ۳۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶
بهداشت روانی جامعه نگر منطقه ای، ۶۱	اصول تجربی، ۱۰، ۳۵، ۴۲
بهداشت روانی منطقه ای، ۵۰	اضافه کردن تکالیف، ۱۱، ۶۱
بهداشت عمومی، ۱۷، ۲۳، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۸، ۴۲، ۴۳	اعتیاد، ۲۷، ۵۶، ۷۴، ۷۸، ۹۹، ۱۰۰
بهبودی، ۲۴، ۲۸، ۳۲، ۴۰، ۹۸	انتقال فرد، ۱۱، ۶۱
بیکاری، ۱۹، ۳۴، ۵۶	انجمن برای پژوهش و عمل جامعه نگر، ۹، ۲۵
پ	انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۵، ۴۲، ۴۵، ۶۸، ۸۲
پایه تجربی، ۱۰، ۱۸، ۳۵، ۴۲	انطباق، ۹، ۱۷، ۳۶، ۴۱، ۷۲، ۸۰
پژوهش، ۹، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۷، ۸۰، ۸۱، ۸۴	ب
پشتیبانی اجتماعی، ۱۰، ۶۰	بازخورد، ۱۳
پیچیدگی، ۱۴	بحران، ۴۷
	برابری، ۲۷، ۴۰، ۸۱

ح

حس روانشناختی جامعه، ۱۰، ۳۵، ۴۱
 حقوق بشری، ۵۷
 حقوق مدنی، ۵۷
 حمایت اجتماعی، ۳۵، ۵۴، ۹۶
 حمایت بین فردی، ۳۳
 حیطه‌های اختصاصی عمل، ۱۰، ۵۴

خ

خدمات‌رسانی، ۵۱
 خشونت، ۲۸، ۳۰، ۳۴، ۵۶

ر

روانپزشکی جامعه‌نگر، ۶۴
 روانشناسی اجتماعی، ۳۱، ۳۲، ۶۶، ۹۷
 روانشناسی بالینی، ۱۱، ۱۷، ۲۴، ۳۱، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۵، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲
 ۸۴، ۹۴، ۹۵، ۹۷، ۱۰۱، ۱۰۲
 روانشناسی بالینی جامعه‌نگر، ۶۷، ۶۹، ۸۴
 روانشناسی بین‌فرهنگی، ۳۱
 روانشناسی خدمات انسانی، ۶۷
 روانشناسی زیست محیطی، ۳۱
 روانشناسی سلامت، ۹، ۳۴، ۶۶، ۱۰۰
 روانشناسی محیطی، ۳۱
 رویکردهای آموزشی مبتنی بر شواهد، ۷۰، ۷۱

ز

زیست محیطی، ۹، ۱۷، ۱۸، ۳۳، ۳۵، ۵۵

س

ساختار، ۱۳، ۳۸، ۵۱، ۶۰، ۹۷
 ساختار قدرت، ۵۱

پیشگیری، ۹، ۱۰، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۳۲، ۳۴، ۳۵، ۳۸، ۴۰، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۵، ۵۷، ۶۵، ۶۶، ۶۸، ۶۹، ۷۱، ۷۴، ۷۶، ۸۴، ۹۸

پیشگیری اولیه، ۱۰، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰

پیشگیری ثالث، ۱۰، ۴۹

پیشگیری ثانویه، ۴۹

ت

تبعیض، ۱۹، ۲۳، ۲۸، ۵۰، ۵۶، ۷۹، ۸۲
 تحلیل، ۹، ۱۷، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۵۴، ۵۵، ۵۸
 تصمیم‌گیری، ۱۳، ۲۰، ۵۳
 تضاد، ۵۲، ۵۷
 تعارض، ۱۵، ۲۹، ۵۷
 تغییر در فرد کلیدی سیستم، ۱۱، ۶۱
 تغییر مرتبه اول، ۹، ۳۵، ۳۷، ۳۸
 تغییر مرتبه دوم، ۳۸، ۴۰
 تکامل جامعه‌نگر، ۳۱
 تنوع، ۹، ۱۴، ۱۷، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۴۰، ۴۲، ۴۴، ۵۳، ۶۵، ۷۰، ۷۲، ۷۳، ۷۶، ۷۹، ۸۰، ۸۱
 توالی/سلسله/ترادف، ۹، ۳۶
 توانمندسازی، ۹، ۲۶، ۳۲، ۳۹، ۴۰، ۴۵، ۴۹
 توسعه سازمانی، ۱۰، ۴۳، ۵۹

ج

جامعه‌شناسی، ۳۱، ۳۲، ۴۳
 جوامع مشارکتی، ۲۶

چ

چرخه منابع، ۹، ۳۶، ۳۷

ف

فرهنگ، ۳۰، ۴۰، ۴۵، ۷۲، ۷۹، ۸۰، ۸۱
 فقر، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۵۰، ۵۱، ۵۷
 فلوشیپ‌های روانشناسی، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۲، ۷۳
 ۷۴، ۷۶، ۷۷، ۸۰، ۸۱، ۸۲

ک

کارورز، ۶۸، ۷۲، ۷۳، ۷۸
 کارورزی، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵
 ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۱، ۸۲
 کنفرانس اسوامپ اسکات، ۹، ۱۷، ۲۴
 کنفرانس بین‌المللی، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۳۰
 کیفیت زندگی، ۱۸، ۴۶، ۵۴

گ

گوناگونی، ۹، ۱۷، ۳۳، ۳۵، ۴۰، ۷۲، ۸۰

م

محصول، ۱۴
 محیط کار، ۱۰، ۵۳
 مداخلات بین‌سیستمی، ۱۱، ۶۲
 مداخلات در سیستم‌های اجتماعی، ۱۱، ۶۱
 مداخلات شبکه، ۱۱، ۶۲
 مداخله، ۱۰، ۱۱، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۳۳، ۳۵، ۳۷، ۳۸،
 ۴۲، ۴۴، ۴۷، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰،
 ۶۱، ۶۲، ۶۸، ۶۹، ۷۱، ۷۶، ۷۹، ۱۰۰
 مداخله اجتماعی، ۱۰، ۵۱، ۵۳
 مداخله در جمعیت، ۱۱، ۶۱
 مداخله در سیستم‌ها و پسخوراند، ۱۱، ۶۲
 مداخله‌های فردی، ۱۱، ۶۱
 مددکاری اجتماعی، ۳۱

سازگاری، ۹، ۱۷، ۳۶، ۳۸، ۴۸، ۵۹، ۶۰، ۷۲
 سازمان، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۲۵، ۳۶، ۴۰، ۴۲، ۴۳،
 ۴۵، ۵۱، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۲، ۶۳،
 ۷۴، ۷۶، ۷۸، ۹۶، ۹۸، ۱۰۱
 سازمان‌های خدماتی، ۵۵
 سرزنش قربانی، ۱۰، ۵۲
 سرمایه اجتماعی، ۱۸، ۳۳، ۵۴، ۹۶
 سطوح مداخلات، ۱۱، ۶۰
 سلامت عمومی، ۹، ۱۷، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵
 سلامتی فردی، ۹، ۳۵، ۴۰
 سلسه مراتب، ۶۲
 سیستم، ۹، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۲۱، ۲۸، ۲۹، ۳۲، ۳۳،
 ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۵۱، ۵۲، ۵۴، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰،
 ۶۱، ۶۲، ۶۹، ۷۲، ۷۵، ۷۶، ۹۶

ش

شایستگی فرهنگی، ۴۲، ۵۷، ۸۰
 شبکه اجتماعی، ۶۱
 شیوه مقابله، ۳۳

ص

صلاحیت فرهنگی، ۸۰

ط

طرح سیستم‌های تجربی، ۱۱، ۶۲
 طرفداری اجتماعی، ۵۹

ع

عدالت اجتماعی، ۹، ۳۵، ۴۰، ۴۲، ۴۵، ۵۴، ۶۶
 عصب روانشناختی جامعه‌نگر، ۱۱، ۶۳، ۶۴
 علم ارتباط، ۲۶، ۲۸، ۲۹
 علوم سیاسی، ۳۱

ن

نابرابری، ۳۰، ۵۷
 نقاط قوت جامعه، ۱۰، ۳۵، ۴۱، ۴۵
 نقش، ۹، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳،
 ۲۹، ۳۲، ۳۳، ۵۶، ۵۸، ۶۹، ۷۲، ۷۵، ۷۷، ۷۸،
 ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۲، ۱۰۳
 نهادهای اجتماعی، ۵۰، ۵۱، ۵۹، ۶۰

و

وابستگی درونی، ۹، ۳۶، ۳۷
 وابستگی متقابل، ۹، ۱۷، ۳۶، ۳۷

ه

همکاری، ۱۰، ۱۵، ۳۵، ۳۸، ۴۱، ۴۴، ۵۴، ۵۵، ۵۷،
 ۵۹، ۶۲، ۶۹، ۹۵

مدل آموزش متخصص - دانشمند، ۷۰، ۷۱

مدل پزشکی، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۳۸

مدل توسعه سازمانی، ۵۸

مدل سازمان اجتماعی، ۱۰، ۵۹

مدل سازمان‌دهی جامعه‌ای، ۱۰، ۶۰

مدل مشاوره یا مشورت، ۱۰، ۵۸

مدل نهادهای موازی، ۱۰، ۵۹، ۶۰

مدل‌های تغییر جامعه، ۱۰، ۵۸

مذهب و معنویت، ۸۰

مشارکت شهروندان، ۹، ۳۳، ۳۵، ۴۱

مشاوره بهداشت روانی، ۳۲

مشکلات اجتماعی، ۲۳، ۲۴، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۳۴

۳۸، ۴۳

موانع آموزشی، ۵۶

مهارت، ۱۰، ۲۱، ۳۳، ۳۵، ۳۶، ۴۳، ۴۸، ۵۷، ۶۸

۷۱، ۷۳، ۷۵، ۹۸، ۹۹، ۱۰۱

Community Psychology (CP)



by:

Mahboubeh Dadfar

PhD student in clinical psychology,
International Campus,
Iran University of Medical Sciences

Dr. Mohammad Kazem Atef Vahid

Clinical psychologist
Faculty member of Iran University of Medical Sciences
School of Mental Health & Behavioral Sciences

Dr. Ali Asghar Asgharnejad Farid

Psychologist
Faculty member of Iran University of Medical Sciences
School of Mental Health & Behavioral Sciences

Pir Hossein Kolivand

Assistant of Shafa Neuroscience Research Center