

تنهایم بگذار، میخوام بخوابم، متشکرم، باین زودی به جلسه گروهی نمی‌روم، چیزی که من بگویم برای دیگران اهمیت ندارد، نه، نمی‌خواهم به کار درمانی بروم، از دستهای من کاری بر نمی‌آید و احتمالاً اگر چیزی درست کنم بیخودی است، "بیک‌نیک؟ نه، خیلی خسته‌ام، ترجیح می‌دهم همین جا باشم و تلویزیون نگاه کنم". پرستاران در بخشهای روانی با چنین پاسخهایی در هنگام دعوت خود از بیماران روانی به منظور شرکت در فعالیت‌های بخش مواجه هستند بعلاوه تجربه به آنها آموخته است که اصرار کردن یا تملق گفتن، آموزش دادن غالباً در کمک کردن به بیمار افسرده برای غلبه بر احساس عدم تحرک و فعالیت و تشویق به شرکت در فعالیت‌های سازنده و

لذت بخش بی‌ثمر می‌باشد. وظیفه عمده پرستار در کارکردن با بیماران افسرده، کمک به آنها جهت دستیابی به تعادلی بین میزان استراحت و فعالیت می‌باشد. طبق نظریه اورم<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) "در مورد مراقبت از خود" برقراری تعادل بین استراحت و فعالیت بدون توجه به وضعیت سلامت موجود برای کلیه انسانها ضروری است. در بیماران افسرده که دچار کمبود و ضعف فعالیت مراقبت از خود<sup>۲</sup> هستند و انگیزه فعالیت برای دستیابی به نیازهای خویش را ندارند بر اساس نظریه فوق باید راهی جهت بروز علائق و استعدادها برای فعالیت فراهم شود که در نتیجه بیمار احساس سلامت کند.

### دیدگاه شناختی

درمانگرانی بانگرش "شناختی"<sup>۳</sup>

## فعال کردن بیماران افسرده

ترجمه: آقدس دواجی\*

مانند بک (۱۹۷۶) و الیس<sup>۴</sup> (۱۹۶۲) معتقدند که چگونگی تفکر، ارزشیابی و پیش‌بینی‌ها از حوادث پیرامون خود، تعیین‌کننده چگونگی احساس و رفتار انسانها است. به بیان ساده چنانچه فرد افکار غمگین‌کننده داشته باشد احساس



افسردگی کرده و به همان طریق رفتار می‌کند. طبق نظر "بک" یکی از مشکلات بیماران افسرده، فقدان انگیزه مثبت و افکاری است که ظاهراً "مهمل هستند. این بیماران در نتیجه الگوهای فکری منفی، در تجاربی که قبلاً برای آنها ارضاء کننده بوده است، دیگر شرکت نمی‌کنند و به حالت غیرفعال و بیحال<sup>۵</sup> دچار می‌شوند.

"بک" در سال (۱۹۷۶) ایجاد افسردگی و عدم فعالیت ناشی از آن را برحسب واکنش زنجیره‌ای تشریح می‌کند. این واکنش با تجربه‌ای که نمایانگر از دست دادن است برای فرد آغاز می‌شود. این احساس از دست دادن در دید فرد از خود، دنیا و آینده وی تأثیر می‌گذارد. پس از تجربه از دست دادن، فرد مستعد به افسردگی خود را شخص نالایق دانسته و تجارب خویش را بطور منفی ارزشیابی می‌کند. وقتی بیمار افسرده به آینده می‌نگرد چنین پیش‌بینی می‌کند که مشکلات موجود و احساسات ناراحت کننده کنونی بطور نامحدودی ادامه خواهند داشت. این احساس یأس و بیچارگی منجر به از دست دادن انگیزه می‌شود. چون بیمار افسرده نتیجه منفی از کلیه اعمال می‌گیرد، بنابراین میل به شرکت در هرگونه فعالیت سازنده در وی کاهش می‌یابد. عدم تحرک و بیحالی موجود در بیمار موجب تقویت احساس عدم کفایت و غالباً "منجر به انزواگزینی و عدم شادی<sup>۶</sup> در وی می‌شود.

## مداخلات شناختی

تعیین و بازسازی الگوهای تفکری خود ابطالی<sup>۷</sup>، اساس روش درمان شناختی است. رایت<sup>۸</sup> (۱۹۸۳) معتقد است که این روندی مشابه به تحقیقات علمی است، بدین صورت که یافته‌های مناسب به منظور آزمودن فرضیات جمع‌آوری می‌شود. پرستار و بیمار هر دو با همدیگر به جمع‌آوری اطلاعات مربوط به الگوهای تفکر منفی از طریق سئوال، ثبت افکار و برنامه‌های رفتاری می‌پردازند. سپس الگوهای تفکری منفی مورد تجزیه و تحلیل کلامی و آزمون "تجربی" قرار می‌گیرد. از طریق برنامه‌های رفتاری بیمار تشویق می‌شود تا به تجربه فرضیات بپردازد. یک برنامه گام - گام، مرحله به مرحله بمنظور متحرک کردن بیمار افسرده در سال ۱۹۷۹ توسط "بک" بنام چهارچوب شناختی طرح شده است:

**مرحله اول:** پرستار بیمار را به شرکت در برنامه و یا فعالیتی خاص که در حدود توان او است دعوت می‌کند.

**مرحله دوم:** چنانچه بیمار دعوت پرستار را رد کند، پرستار بر اهمیت ذکر دلایل برای رد دعوت تأکید می‌کند. این دلایل بعنوان فرضیاتی که مورد آزمون قرار می‌گیرند باید در نظر گرفته شود.

**مرحله سوم:** پرستار و بیمار با یکدیگر کار می‌کنند و به ارزشیابی

صحت این دلایل می‌پردازند. پس از شناسایی، عقیده‌های خود ابطالی بطریقی خنثی می‌شوند. برای بیمار باید روشن باشد که هدف این کار اشاره به مسائل و پیدا کردن راه حل برای آن می‌باشد. در این مرحله مهم است سئوالات و اظهارات در ارتباط با نظرات بیمار به روش بازتابی و بدون قضاوت و داوری تدوین شوند. انتقادات و پیشنهادات در زمینه این کار که بیمار مثبت‌تر فکر کند، بندرت در تصحیح الگوهای فکری منفی، مؤثر واقع می‌شوند. زیرا واکنش بیمار افسرده نسبت به سرزنش همراه با اظهارات منفی درباره خود افزایش یافته و در حقیقت احساس شکست و عدم موفقیت بیشتر می‌شود.

برای تعیین اشتباهات تفکر و رد نظرات خود ابطالی و به تحرک در آوردن بیمار جهت فعالیت، آزمایش فرضیات ممکن است کافی باشد، در غیر اینصورت ممکن است لازم شود که پرستار و بیمار وارد مرحله چهارم شوند.

**مرحله چهارم:** از بیمار دعوت می‌شود تا به منظور آزمون صحت افکار و عقاید در فعالیتی شرکت جوید.

بیمار: "نه" نمی‌خواهم برای صرف ناهار صورت و دستم را بشویم. این کار مستلزم صرف انرژی زیاد است، من انرژی ندارم. آن موقع احساس بدتری خواهم داشت تا هم اکنون. پرستار: "می‌ترسی از اینکه بر اثر شستن دست و صورت احساس خستگی بیشتری کنی". ممکن است



اینطور باشد، ولی من مطمئن نیستم .... مایل هستی این کار را با هم انجام دهیم تجربه‌ای را در کنار من امتحان کنی؟

بیمار: نمی‌دانم، آن چیه،

پرستار: دوست دارم با شما به دستشوئی بیایم. مایلم احساس شما را پس از اینکه به سروصورت خود آب زدید، ببینم.

بیمار: بنظر من چیز خوبی نمی‌آید.. ولی فکر کنم می‌توانم این کار را بکنم.

بیمار صورت خود را می‌شوید و متوجه می‌شود که اثر مطلوب و تازه‌کننده‌ای برایش دارد و این فعالیت آنچنان انرژی که او تصور می‌کرد نمی‌خواهد.

مرحله پنجم: پس از انجام تجربه‌ای موفقیت‌آمیز، پرستار بیمار را در جهت درک این که چگونه نتیجه مطلوب، پیش‌بینی منفی او را رد کرد، یاری می‌کند.

### شیوه‌های رفتار شناختی<sup>۹</sup>

علاوه بر روش دورکردن الگوهای فکری شیوه‌های رفتاری شناختی نوپدید می‌شود، بعضی از شیوه‌های رفتاری نیز توسط پرستار بکار گرفته شود، سه شیوه که در پرستاری کاربرد بیشتر دارد معرفی می‌شود.

### درجه‌بندی برنامه‌های کاری

بیماران افسرده غالباً "وقتی فکر می‌کنند کاری را که باید انجام دهند خارج از توان آنها می‌باشد، خود را بی‌حرکت و غیرفعال می‌سازند. درجه‌بندی برنامه کار شامل

خردکردن کارهای بزرگ به مراحل کوچک و قابل کنترل می‌باشد. این فعالیت با برنامه کوچکی که توسط پرستار طرح شده و بیمار آنرا قبول کرده و قادر به انجام آن است آغاز می‌شود. پس از انجام دادن برنامه با موفقیت، پرستار و بیمار با یکدیگر به طرح کارهای اضافه‌تر که تدریجاً دارای پیچیدگی و نیاز به زمان بیشتری دارد می‌پردازند. در نتیجه موفقیت در انجام دادن این کارها، اعتدال بنفس در بیمار افزایش یافته و در نهایت او می‌آموزد که انجام گام به گام کارهایی که از دید او سخت و غیرممکن است کاملاً قابل انجام و عملی است.

مثال موردی زیر: خطی مثنی این روش درمانی را روشن‌تر می‌سازد.

مثال موردی: آقای صادقی قبل از ابتلاء به افسردگی به راحتی با دیگران ارتباط برقرار می‌کرده و مهارت‌های اجتماعی مناسبی داشته است، ولی با شروع افسردگی الگوهای فکری منفی در ارتباط با خود و در رابطه با دیگران در وی ایجاد شد و متقاعد شده بود که هیچکس او را دوست ندارد و امیدی به این امر که چیزها در آینده شکل بهتری داشته باشند، ندارد. علاوه بر آن فکر اینکه در یک زمان بتواند با بیشتر از یک فرد تعامل برقرار کند به نظر وی امری غیرممکن می‌رسید.

برای درمان آقای صادقی پرستار با روش درجه‌بندی برنامه‌ها، او را تشویق به آزمون تعامل‌های مشکل‌تر با دیگران کرد تا با تجربه هر چه بیشتر روابط فی‌مابین موفقیت‌آمیز، بیمار به شرکت در برنامه‌های آتی

علاقتمندی بیشتری نشان داد. برنامه‌هایی که پرستار طرح‌ریزی کرده بود عبارتند از:

برنامه شماره ۱ - همراه با دو الی سه نفر از بیماران به تماشای تلویزیون پردازید. احساس نکنید که مجبور به مکالمه با آنها هستید.

برنامه شماره ۲ - غذا را در غذاخوری در سرمیز با بیمار دیگر صرف کنید و درباره بازی با او صحبت کنید.

برنامه شماره ۳ - از بیماری که به او علاقه‌مند هستید دعوت کنید تا بمدت ۱۰ دقیقه با شما به صرف قهوه پردازد.

برنامه شماره ۴ - در برنامه کار درمانی از بیمار مورد علاقه خود دعوت کنید تا با هم‌دیگر گفتگو و از نقشه و یا طرح و پیشنهاد وی تعریف کنید.

برنامه شماره ۵ - ملاقاتی با یکی از اعضاء خانواده بمدت ۱۵ دقیقه داشته باشید.

برنامه شماره ۶ - در برنامه بازی رومیزی با یکی از بیماران و یا کارکنان بمدت ۳۰ دقیقه شرکت کنید.

برنامه شماره ۷ - با دو نفر از اعضاء خانواده بمدت ۱۵ دقیقه ملاقات داشته باشید.

برنامه شماره ۸ - با یکی از اعضاء خانواده برای صرف شام بمدت یکساعت به رستوران ساکت و آرامی بروید. در نتیجه طرح دقیق

چنین برنامه‌ای آقای صادقی بالاخره متقاعد شد که بیشتر مردم از مصاحبت وی لذت می‌برند. او خود نیز چنین نتیجه گرفت که در این مدت تا حدودی از برنامه‌ها لذت برده

است با افزایش اعتقاد، آقای صادقی توانست مخاطره روابط فی مابین مشکل تر را بعهدہ بگیرد. در حال حاضر آقای صادقی منبع مفیدی از مهارت‌ها اجتماعی را کسب کرده است.

### برنامه‌های فعالیت

یک ابزار برانگیزنده مهم در غلبه بر بیحالی و اشتغال خاطر بیمار با افکار دل‌تنگ کننده برنامه فعالیت روزانه است (برنز، ۱۹۸۰). پرستار و بیمار با همدیگر به طرح برنامه فعالیت ساعت به ساعت برای روز می‌پردازند. در ارائه دلیل منطقی برای برنامه فعالیت پرستار صرفاً بیان می‌کند که عدم فعالیت موجب افزایش احساسات ناراحت‌کننده می‌شود. بیمار غالباً نمی‌داند که عدم فعالیت همراه با افزایش اندیشه‌های منفی و غمگینی است (بک ۱۹۷۹). به منظور غلبه بر احساس منفی در مورد کارهای برنامه‌ریزی شده "بک" پیشنهاد می‌کند که دو چیز مهم را بخاطر بیمار بیاورید:

۱ - ممکن نیست که تمامی طرح را شناسایی کرد.

۲ - چنانچه تلاش‌های ناموفقی وجود دارد سعی در انجام طرح مهم‌ترین قدم می‌باشد. بعلاوه چون عوامل خارجی زیادی وجود دارد که باید به آنها توجه کرد بهتر است که به نوع فعالیت که انجام می‌گیرد توجه شود، نه به این که مقدار فعالیت که انجام گرفته است.

برنامه فعالیت خصوصاً برای افرادی که برای تعطیلات آخر هفته

به منزل می‌روند، مفید می‌باشد، چنین برنامه‌ای از خودابطالی ناشی از عدم فعالیت می‌کاهد، اگر دوست و یا اقوام در تعطیلات آخر هفته بیمار دخالت دارند مشارکت دادن آنها در برنامه مهم می‌باشد.

### مهارت استادی و تبحر، پیروزی و خوشی، مسرت

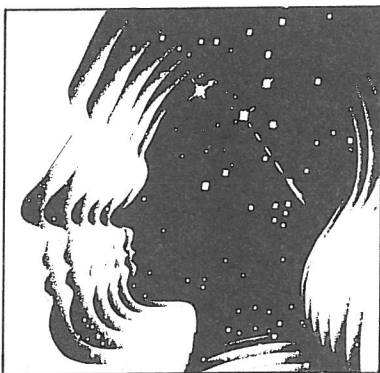
بیماران افسرده غالباً دارای نقطه کوری هستند که بطور موقت مانع می‌شود که آنها بتوانند خود را فردی شایسته دانسته و در نتیجه به موقعیت‌هایی که برای آنها لذت بخش و مسرت‌انگیز است، توجه نمی‌کنند و آنرا به فراموشی می‌سپارند. در روش پیروزی و مسرت، بیمار صرفاً تجاربی که همراه با پیروزی و مسرت بوده در خاطر نگه می‌دارد. (بک ۱۹۷۶). این روش را می‌توان توأم با برنامه فعالیت انجام داد. بدین منظور در پایان روز از بیمار خواسته می‌شود تا فعالیت‌هایی که در آن شرکت کرده نام ببرد و ارزشیابی کند. حرف "م" برای فعالیت‌هایی که بیمار احساس موفقیت، شایستگی و پیروزی می‌کند، بکار گرفته می‌شود و این فعالیت‌ها می‌توانند به کارهایی مانند، حمام گرفتن، و یا نوع کاری که پایان یافته باشد، اطلاق شود و حرف "ب" برای هرگونه فعالیت‌هایی که در نتیجه آن مسرت و خوشی به بیمار دست داده باشد بکار گرفته می‌شود. پیروزی و مسرت را براساس معیار ۰ تا ۵ اندازه‌گیری می‌شود. نمره صفر زمانی است که بیمار از فعالیت

هیچگونه پیروزی و یا احساس خوشی نکرده است و معیار ۵ بیانگر حداکثر پیروزی و لذت است.

با استفاده از چنین معیاری، بیمار به شناسائی موفقیت نسبی خویش نائل می‌آید. بجای استفاده از برنامه فعالیت برای موفقیت و لذت می‌توان از بیمار خواست تا فعالیت مسرت‌آمیزی را برای زمان خاصی انجام دهد. از بیمار خواسته می‌شود تا به تغییرات خلقی خود و یا کاهش افکار دل‌تنگ کننده که پس از شرکت در فعالیت در او بوجود می‌آید توجه کند.

به حرکت درآوردن بیمار افسرده نه تنها بر میزان انرژی و سطح انگیزه وی اثر می‌گذارد بلکه تأثیر مثبت بر اعتماد به نفس، اعتماد به خود، روابط فی مابین و عواطف دارد.

به فعالیت درآوردن بیمار افسرده یکی از مسئولیتهای مهم پرستاری در نظامی است که به بهداشت اهمیت داده می‌شود. چهارچوب رفتاری شناختی، پرستار را قادر می‌سازد تا به طرح و برنامه‌ریزی و اختلافات فردی که به سهولت ثمربخشی آن توسط بیمار و پرستار قابل بررسی است، دست یابد.



الگوهای تفکری مولد سستی و بیحالی (۱)

ناامیدی<sup>۱</sup> (برنز ۱۹۸۰)

الگوهای فکری ناامیدی	مثال	روش خنثی کردن	نمونه تعامل پرستار و بیمار
افراد افسرده غالباً اشتغال خاطر درباره دردهای موجود و گذشته دارند. لحظات شادی بخش بدست فراموشی سپرده شده و امید به تغییر مثبت در آینده نمی بینند. هرگونه فعالیتی بنظر بی فایده می رسد زیرا بیمار متقاعد گردیده که احساسات ناخوشایند، وکاهش انگیزه پایان پذیر و غیرقابل برگشت می باشند.	«نه» نمی خواهم از تخت خارج شوم .. خیلی ضعیف هستم ... خیلی خسته ام. احتیاج به استراحت دارم. خارج شدن از تخت کمکی به من نمی کند. احساس بدتری خواهم داشت. فایده از تخت خارج شدن چیست؟	به آرامی اعتبار فرضیات بیمار را مورد سؤال قرار داده با ذکر اینکه آیا تلاش برای فعالیت هیچگونه ثمر مثبت ندارد، یا «استراحت بهترین است»؟	پرستار: «به نظر می رسد فکر می کنید اگر از تخت خارج شوید حالتان بدتر می شود. برای مدتی در تخت بوده اید ... آیا استراحت باعث شده که احساس بهتری کنید؟» بیمار: «نه ... احساس خستگی بیشتری می کنم.» دیگر انرژی ندارم. پرستار: الان از یک چیز مطمئن هستید و آن این است که ادامه دادن به استراحت باعث احساس بهتر در شما نمی شود. خارج شدن از تخت ممکن است موجب شود که احساس بدتری کنید ولی آیا کاملاً مطمئن هستید؟ بیمار: «نه، حدس می زنم ...» پرستار: یک چیز را از بیماران یاد گرفته ایم و آن این است که اگرچه شروع کردن سخت است. ولی حرکت کردن احساس بهتری به فرد دست می دهد. وقتی در محیط اطراف قدم می زنید احساس انرژی بیشتری می کنید. وقتی شما روی تخت می نشینید و یا هایتان را از تخت آویزان می کنید، بگذارید با هم ببینیم چه می شود؟



الگوهای تفکری مولد سستی و بیحالی (۲)  
 جداسازی<sup>۱</sup> (یگی، ۱۹۸۱)

الگوهای فکری جداکننده	مثال	روش خنثی کردن	نمونه تعامل پرستار و بیمار
<p>اشباهات این طرز تفکر بایک نوع دید منفی گرایشی سبب می شود که فقط جنبه های منفی یک موقعیت بزرگ جلوه کرده و سایر جوانب نادیده گرفته شود. در نتیجه جنبه های منفی موقعیت بزرگ جلوه داده شده و جنبه های مثبت آن از صافی عبور می کنند و تمامی موقعیت رنگ منفی بخود می گیرد.</p>	<p>«نه» نمی خواهم به شنا بروم لباس شنای من بسیار زشت است، به من نمی خورد و زشتم می کند. نمی خواهم تحمل کنم که من را در آن ببینند.</p>	<p>بیمار را کمک کنید تا محور تمرکز خود را تغییر دهد با:                      ۱ - تاکید بر استراتژیهای حل مشکل بجای جنگیدن بر سر موضوع.                      ۲ - تمرکز بر جنبه های مثبت موقعیت.</p>	<p>پرستار: فکر کنید که لباس شنای شما زیبا است یا فکر کنید که دیگران اصلاً به لباس شنای شما توجه ندارند. آیا چیزی در مورد موضوع شنا کردن وجود دارد که شما از آن لذت ببرید؟                      بیمار: «بله، خیلی خوبه که انسان خنک بشود .... من سردی آب را خیلی دوست دارم. احتمالاً پس از شنا کردن که خود یک ورزش است انسان احساس خوبی خواهد داشت.</p>

الگوهای تفکری مولد سستی و بیحالی (۳)  
تفکر دوقطبی<sup>۱</sup> (بک، ۱۹۷۶)

نمونه تعامل پرستار و بیمار	روش خنثی کردن	مثال	الگوهای تفکری، تفکر دوقطبی
<p>پرستار: یک نمونه از کار شما را در آخرین نامه‌های خیریه خواندم ... بسیار حرفه‌ای و تخصصی بنظر می‌آید.</p> <p>بیمار: «بله» شما اولین پیش‌نویسهای من را ندیده‌اید. من بیش از سه غلط تایپی در یک صفحه نداشتم.</p> <p>پرستار: شما خود را ماشین‌نویس در حد پایین وید می‌نامید چون فقط چند غلط در پیش‌نویس اول خود داشته‌اید؟ «پیش‌نویس اول شما باید چگونه باشد تا خود را ماشین‌نویس خوبی بدانید؟</p> <p>بیمار: بدون غلط</p> <p>پرستار: برای اینکه ماشین‌نویس شایسته‌ای باشید باید کاملاً بی‌عیب باشید؟ بنظر می‌رسد شرط سختی گذاشته‌اید. یک بعد مطلبی که درباره آن صحبت می‌کنیم این است که تصور کنیم شایستگی کامل یعنی صددرصد (۱۰۰٪) یعنی بدون هیچ غلطی. بعد دیگر ده درصد (۱۰٪) است که نشانگر عدم شایستگی است. یعنی تماماً غلط. جای فردی که ۳ غلط دارد در کجا قرار می‌گیرد؟ شما می‌گویید ۳ غلط، شما را به پست‌تسرین درجه می‌رساند، ولی درحقیقت شما ۴ غلط از ۳۰۰ غلطی که در یک صفحه ممکن است وجود داشته باشد، داشته‌اید.</p>	<p>کمک کنید تا بیمار کار انجام داده خود را بطور مستمر ارزشیابی کند، بخاطر او بیاورید که، حد اعلای چیزی، ندرتاً" بوقوع می‌پیوندد.</p>	<p>«نه» ترجیح می‌دهم روی نامه‌های خیریه کار بکنم، دوست دارم، ولی ماشین‌نویس بسیار بدی هستم کلاً در چنین کارهایی اصلاً مهارت ندارم.</p>	<p>در این نوع اشتباه فکری هرچیز فقط از دو دید مدنظر قرار می‌گیرد خوب یا بد، ما هر یا غیر ما، زشت یا زیبا، این طرز تفکر خصوصاً زمانی ایجاد مشکل می‌کند که بیمار افسرده به ارزیابی رفتار خود می‌پردازد. بیمار افسرده انتظارش این است که اگر کارش عالی نباشد در کلیه جهات یک شکست است. بیمار افسرده غالباً از فعالیت‌ها دوری می‌کند، زیرا آن را در حد توان خود نمی‌بیند. (برنز ۱۹۸۰).</p>



## الگوهای تفکری مولد سستی و بیحالی (۴)

فاجعه آفرین<sup>۱</sup> (الیس، ۱۹۶۲)

الگوهای تفکری فاجعه آفرین مثال	روش خنثی کردن	نمونه تعامل پرستار و بیمار
<p>استفاده از کلمات و تصورات فاجعه آفرین به منظور پیش بینی حوادث بدی که ممکن است با شرکت کردن در فعالیتی برای فرد پیش آید. بوبلر (۱۹۸۱): افکار فاجعه سازی در حل صحیح مسائل دخالت دارد ..... که عمل = فرآیندی که بدست می آید.</p> <p>خطرات احتمالی در الگوهای فاجعه آفرین، عوامل مخاطره آمیز آنچنان بزرگ تصور می شود که فرد دست به هیچ اقدام و فعالیتی نمی زند.</p>	<p>بیمار را کمک کنید تا به حقایق شناخته شده توجه کند. از بیمار بخواهید که صادقانه ببیند چه قدر احتمال رخ دادن حادثه ای که از آن متوحش است وجود دارد. بیمار را کمک کنید تا تایید واقعی را از تسایجی که خود می گیرد مجزا کند.</p>	<p>پرستار: «همیشه این امکان وجود دارد که نزدیک کسی که او را می شناسید صندلی خالی نباشد. ولی امکان اینکه همه قاشق و چنگال خود را در کنار بگذارند و به شما خیره شوند کمتر است.»</p> <p>بیمار: «بله، حدس می زنم احتمال این کار خیلی کم است.»</p> <p>پرستار: اگر چه ممکن است چند نفر به شما خیره شوند .. ولی چه چیز این موضوع خجالت آور یا بد است؟</p> <p>بیمار: نمی دانم .... حدس می زنم آنقدر خردکننده نباشد. فکر می کنم نباید خجالت بکشم چون صندلی نزدیک دوستم خالی نیست تصور می کنم میتوانم پهلوی افراد دیگر بنشینم.</p>

1 - Catastrophizing

### پاورقی ها:

- 1- Orem
  - 2- Self Care Deficit
  - 3- Cognitive
  - 4- Beck and Ellis
  - 5- Lethargy
  - 6- dysphoria
  - 7- Self Defeating thinking patterns
  - 8- Wright
  - 9- Cognitive Behavioral Technique
- \* فوق لیسانس روانپرستاری  
 \*\* ویراستاری اول: اختر ابراهیمی  
 ویراستاری نهایی: سادات سیدباقر مداح،  
 فرخنده مهری، اختر ابراهیمی

منبع مطالعه: در دفتر کمیته انتشارات موجود است.



## **Activation of depressed patients**

**Translated by:** Davachi Aghdas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MSN in Psychiatric nursing

**Extract:** Leave me alone, I want to sleep, thanks, I don't go to group meeting soon, what I said hadn't any importance for others, "No I don't want to go to occupational therapy", I can't do any work and if make any things its vain probably, picnic? No I'm so tired and prefer to be here and watch the TV". Psychiatric wards nurses faced to these responses when they invite their patients to participation in ward's activities as well as they experienced that urge or flatter had no effect on depressed patient to overcame immobility sense and encourage them to commitment in constructive and enjoyable activities.

Key words: Depression, Cognitive intervention, Thinking patterns