

پروتکل ارائه خدمات تخصصی نوروفیدبک در مراکز

مشاوره و خدمات روان شناختی

تحت نظارت سازمان بهزیستی

1398



سازمان بهزیستی کشور

معاونت توسعه پیشگیری
دفتر مشاوره و امور روان شناختی

فهرست

3	مقدمه
4	تعاریف
4	نوروفیدبک:
4	بخش تخصصی نوروفیدبک:
4	کمیته تخصصی نوروفیدبک:
4	مسئول فنی بخش تخصصی نوروفیدبک:
4	پروتکل درمانی:
4	ماده 1 - هدف
4	ماده 2 - شرح وظایف بخش تخصصی نوروفیدبک
5	ماده 3 - شرایط تاسیس
5	ماده 4 - شرایط و مدارک لازم و شرح وظایف مسئول فنی بخش تخصصی نوروفیدبک
5	4.1 شرایط اختصاصی:
6	4.2 شرح وظایف مسئول فنی بخش تخصصی نوروفیدبک:
6	ماده 5- شرایط ارائه دهندگان خدمات تخصصی نوروفیدبک
6	5.1 شرایط تخصصی
6	5.2 شرح وظایف
7	ماده 6- کمیته تخصصی نوروفیدبک در سازمان بهزیستی کل کشور
7	6.1 هدف تشکیل
7	6.2 اعضای کمیته ملی نوروفیدبک
7	6.3 شرح وظایف
8	ماده 7- فضای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز
8	7.1 حداقل فضای فیزیکی برای درمان نوروفیدبک:
8	7.2 تجهیزات مورد نیاز:
9	ماده 8- اختلالهایی که میتوان از درمان نوروفیدبک برای آنها استفاده کرد.
9	ماده 9- استانداردهای درمانی
10	9.3 هزینه و تعداد جلسات مورد نیاز:
10	ماده 10- استانداردهای اخلاقی
11	ماده 11- بازآموزی
11	ماده 12- ضوابط نظارت و رسیدگی و برخورد با تخلفات و شکایات

در راستای تخصصی نمودن مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی بخش تخصصی نوروفیدبک با بهره‌گیری از نیروی انسانی متخصص و باتجربه در قلمرو ارائه خدمات درمانی به کودکان، نوجوانان و بزرگسالان می‌پردازد. به منظور ارائه خدمات توانبخشی برخی اختلال‌های عصب‌شناختی و روان‌شناختی در این حوزه، پروتکل بخش تخصصی نوروفیدبک تدوین می‌گردد.

امروزه روش‌های مختلفی برای درمان و توانبخشی اختلالات عصب‌شناختی و روان‌شناختی پیشنهاد شده است. یکی از نوین‌ترین این حیطه‌ها مربوط به رویکردهایی است که در نظر دارد با بررسی کارکرد مغز و تنظیم آن، باعث بهبود این اختلالات گردد. در قلمرو درمان اختلال‌های روانپزشکی، پژوهش‌های عصب‌شناختی با مطالعه رابطه بین فعالیت امواج مغز، مکانیزم‌های زیربنایی نواحی مغزی و نمود روان‌شناختی و عملکردی افراد، نشان داده‌اند که ایجاد نوسانات و تغییرات بهینه‌ای در حالات روان‌شناختی افراد امکان‌پذیر است. بنابراین امروزه بر پایه این مطالعات می‌توان ریتم‌ها و فرکانس‌های ناهنجار را به هنجار و به دنبال آن حالات روان‌شناختی ناهنجار را به هنجار تبدیل کرد. نوروفیدبک بر اساس فرضیه ارتباط ذهن-بدن شکل گرفته و شامل تمرین ذهنی برای عملکرد بهینه جهت بهبود کارکردهای اجرایی، رفتاری، فیزیکی و هیجانی افراد است و توانایی ذهن برای تغییر و بازسازی خود را افزایش می‌دهد.

به طور کلی پشتوانه تجربی استفاده از نوروفیدبک در فضای پژوهشی حاکی از اثربخشی آن است. باید توجه داشت که در کشورهای پیشرفته بین کاربرد نوروفیدبک در زمینه پژوهشی با زمینه بالینی همراهی و ارتباط خاصی برقرار است؛ یعنی ابتدا و طی چندین سال کاربرد نوروفیدبک در فضایی پژوهشی، توسط مطالعات مکرر، مورد بررسی قرار گرفته و پس از کسب حمایت تجربی آن، دستورالعمل‌ها و استانداردهای مدون مشخصی برای استفاده آن در فضایی بالینی تهیه می‌گردد. این پروتکل قوانین و شرایط استفاده از نوروفیدبک را مشخص می‌کند. مزیت پروتکل حاضر این است که ضمن رعایت اصول علمی، حرفه‌ای و اخلاقی مربوط به کاربرد نوروفیدبک، موجب نظام‌مند شدن و یکپارچه‌سازی خدمات جاری در کشور می‌گردد.

کمیته تخصصی نوروفیدبک در دفتر مشاوره و امور روان‌شناختی با هدف بررسی موضوعات مربوط به حیطه نوروفیدبک تشکیل گردید و با برگزاری جلسات متعدد با حضور کارشناسان دفتر و متخصصین دانشگاهی، بر روی مفاد پروتکل بحث و تبادل نظر شد. پروتکل حاضر، نتیجه برگزاری این جلسات، بررسی سابقه پژوهشی و علمی حیطه نوروفیدبک و مصاحبه تخصصی با اساتید و درمانگران این حیطه می‌باشد.

تعاریف:

نوروفیدبک: نوروفیدبک یک روش درمانی است که هدف آن کمک به افراد برای تغییر دادن عملکرد مغزشان به صورت غیرتهاجمی است. نوروفیدبک به شکلی از شرطی سازی کنشگر فعالیت الکتریکی مغز اشاره دارد که در آن به فعالیت مطلوب مغز پاداش داده می شود و فعالیت نامطلوب مغز بازداری می گردد. باور محققین بر این است که نوروفیدبک موجب بهبود عملکرد سیستم عصبی در سطوح سلولی شده که این تغییرات به نوبه خود کارکرد مغز و عملکرد شناختی رفتاری را بهبود می بخشد.

بخش تخصصی نوروفیدبک: منظور از بخش تخصصی نوروفیدبک، واحدی از یک مرکز مشاوره و خدمات روان-شناختی است که در حوزه تخصصی نوروفیدبک، طبق این پروتکل فعالیت می کند.

کمیته تخصصی نوروفیدبک: گروهی متشکل از متخصصین حیطه نوروفیدبک است که در قالب این کمیته، درباره موارد مختلف مرتبط با این حیطه، مشورت و تصمیم گیری می نمایند.

مسئول فنی بخش تخصصی نوروفیدبک: فردی که در بخش تخصصی نوروفیدبک واقع در مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی عمومی یا تخصصی، بالاترین صلاحیت علمی را داشته و ضمن نظارت بر اجرای صحیح امور مربوط به حیطه نوروفیدبک، مسئولیت بخش تخصصی نوروفیدبک بر عهده وی می باشد.

سایر تعاریف مطابق با آخرین دستورالعمل ابلاغی مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی عمومی ابلاغی سال 1391 خواهد بود.

پروتکل درمانی: شیوه ارائه درمان نوروفیدبک که در آن محل نصب الکترودها بر روی سر، نوع مونتاژ (تک کاناله، دو کاناله، تک قطبی، دوقطبی)، نوع موج مورد بررسی، تقویت و یا بازداری امواج مغزی، وضعیت باز و بسته بودن چشم های مراجع، زمان هر جلسه، تعداد جلسات، نوع بازخورد (صوتی، تصویری، ترکیبی) و تغییر عملکردی مورد انتظار از مراجع مشخص شده است.

ماده 1 - هدف

هدف از تأسیس این بخش: الف) ارائه خدمات تخصصی نوروفیدبک جهت درمان و توان بخشی آن دسته از اختلال های عصب روان شناختی است که در ماده 8 همین پروتکل ذکر شده و ب) ارتقا برخی کارکردهای شناختی است.

ماده 2 - شرح وظایف بخش تخصصی نوروفیدبک

2.1 ارزیابی اختلال های بالینی مرتبط و تعیین اهداف درمان

2.2 ارائه خدمات تخصصی نوروفیدبک جهت درمان و توان بخشی اختلال‌های روان‌شناختی مطابق با

ماده 8

2.3 ارائه خدمات تخصصی نوروفیدبک جهت ارتقای برخی عملکردهای شناختی مطابق با ماده 8

2.4 ثبت دقیق اطلاعات مراجعین شامل ثبت اطلاعات دموگرافیک هر مراجع، ثبت تشخیص،

ارزیابی، طرح درمان و پیش‌آگهی، نوع پروتکل به کارگرفته شده، تعداد جلسات، هزینه هر

جلسه و گزارش روند درمان (از شروع تا ختم درمان) در سامانه مرکز مشاوره.

ماده 3 - شرایط تاسیس

موسس مرکز مشاوره عمومی یا تخصصی کودک و نوجوان، کودکان با نیازهای ویژه، روان‌درمانی (مرکز

تخصصی اختلالات روانی) علاوه بر شرایط اختصاصی ایجاد مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی می‌بایست

پروتکل را به دقت مطالعه نموده و با آگاهی کامل از مفاد آن، تقاضای ارائه خدمات تخصصی نوروفیدبک را

بنماید.

ماده 4 - شرایط و مدارک لازم و شرح وظایف مسئول فنی بخش تخصصی نوروفیدبک

4.1 شرایط اختصاصی:

4.1.1 دارندگان مدارک تحصیلی ذیل می‌توانند متقاضی مسئول فنی بخش تخصصی نوروفیدبک

باشند:

دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایش‌های روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی

شناختی، توان بخشی شناختی، روان‌شناسی عمومی، روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، روان

شناسی کودکان استثنایی، روان‌شناسی سلامت، دکتری کلیه گرایش‌های روان‌شناسی و دکتری

علوم اعصاب شناختی.

تبصره: دارا بودن مدرک مرتبط در دو مقطع تحصیلی ضروری است.

4.1.2 گذراندن دوره‌های عمومی و پیشرفته نوروفیدبک (مورد تأیید سازمان بهزیستی) شامل:

4.1.2.1 حداقل 24 ساعت دوره آموزش عمومی نوروفیدبک

4.1.2.2 حداقل 16 ساعت دوره آموزش پیشرفته نوروفیدبک

4.1.3 تأییدیه کمیته‌گزینش تخصصی نوروفیدبک

4.1.3.1 دریافت نمره قبولی (70 از 100) در آزمون کتبی

4.1.3.2 دریافت نمره قبولی (70 از 100) در آزمون عملی

4.2 شرح وظایف مسئول فنی بخش تخصصی نوروفیدبک:

نظارت بر روند پذیرش مراجعین، انتخاب پروتکل مناسب و سیر درمان

4.2.1 نظارت بر رعایت استانداردها و ضوابط حرفه‌ای و اخلاقی ارائه‌دهندگان خدمات

درمانی نوروفیدبک

4.2.2 رعایت تعرفه ابلاغ‌شده خدمات نوروفیدبک از سوی سازمان بهزیستی کشور

4.2.3 معرفی درمانگران ارائه دهنده خدمات نوروفیدبک جهت تایید صلاحیت علمی به

کمیته تخصصی نوروفیدبک

تبصره 1: برگزاری آزمون، صدور تاییدیه مربوطه و اطلاعات مربوط به آن، تحت نظر کمیته تخصصی نوروفیدبک از طریق "سامانه آموزش مداوم روانشناسان و مشاوران سازمان بهزیستی" به آدرس اینترنتی www.cpce.ir انجام می‌گیرد.

تبصره 2: دارندگان مدارک دکترای روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، تربیتی، مدرسه، مشاوره خانواده در صورتی می‌توانند به عنوان مسئول فنی بخش تخصصی نوروفیدبک باشند که در یکی از مقاطع تحصیلی خود در یکی از گرایش‌های روان‌شناسی بالینی، روان‌شناسی شناختی، روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان و روان‌شناسی سلامت تحصیل کرده باشند.

ماده 5- شرایط ارائه دهندگان خدمات تخصصی نوروفیدبک

5.1 شرایط تخصصی

5.1.1 دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد یا بالاتر در یکی از رشته‌های مجموعه روان‌شناسی،

پرستاری، کاردرمانی، توان‌بخشی شناختی و علوم اعصاب و روانپزشکی

تبصره: دارا بودن مدرک مرتبط در دو مقطع تحصیلی ضروری است.

5.1.2 دارا بودن گواهینامه گذراندن دوره‌های عمومی (حداقل 24 ساعت) و پیشرفته نوروفیدبک

(حداقل 16 ساعت) (مورد تأیید سازمان بهزیستی)

5.1.3 تأییدیه کمیته گزینش علمی

5.1.3.1 دریافت نمره قبولی (70 از 100) در آزمون کتبی

5.1.3.2 دریافت نمره قبولی (70 از 100) در آزمون عملی

5.2 شرح وظایف

5.2.1 حضور فیزیکی فعال در کنار مراجع حین درمان نوروفیدبک

5.2.2 ارزیابی، انتخاب پروتکل مناسب و اجرای روند درمان مرتبط با درمان نوروفیدبک با هماهنگی مسئول فنی

5.2.3 رعایت استانداردهای درمانی و تکمیل فرم‌های پیشرفت درمان طبق پروتکل حاضر

تبصره ۱: صراحتاً اعلام می‌دارد که درمانگر مجاز نیست در حین درمان نوروفیدبک، به بیش از یک مراجع به صورت هم‌زمان، خدمات ارائه نماید.

تبصره ۲: برگزاری آزمون، صدور تاییدیه مربوطه و اطلاعات مربوط به آن، تحت نظر کمیته تخصصی نوروفیدبک از طریق "سامانه آموزش مداوم روانشناسان و مشاوران سازمان بهزیستی" به آدرس اینترنتی www.cpce.ir انجام می‌گیرد.

تبصره ۳: مسئول فنی می‌تواند به عنوان درمانگر نیز به ارائه خدمات درمانی بپردازد.

ماده 6- کمیته تخصصی نوروفیدبک در سازمان بهزیستی کل کشور

6.1 هدف تشکیل

سازماندهی روش نوروفیدبک در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی تحت نظارت سازمان بهزیستی

6.2 اعضای کمیته ملی نوروفیدبک

با توجه به ماهیت بین رشته ای روش نوروفیدبک، جهت بررسی همه جانبه آن و بازنگری پروتکل و دوره های مربوطه، نیاز به همکاری متخصصین حیطه های مختلف در سطح کشور می باشد. بدین منظور کمیته ای از خبرگان در محل سازمان بهزیستی کل کشور تشکیل شده است که ترکیب کمیته به شرح زیر می باشد:

1. مدیر دفتر مشاوره و امور روانشناختی
2. کارشناس مسئول مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی غیردولتی
3. متخصص حیطه نظری در زمینه نوروفیدبک جهت بررسی های علمی
4. متخصص حیطه بالینی در زمینه نوروفیدبک جهت بررسی های بالینی (2 نفر)
5. متخصص فنی جهت بررسی های سخت افزاری و نرم افزاری دستگاه های مربوطه
6. دبیر کمیته جهت هماهنگی های لازم و اعلام تصمیمات کمیته

6.3 شرح وظایف

6.3.1 سازماندهی آزمون جهت فعال نمودن بخش تخصصی نوروفیدبک برای مسئول

فنی و درمانگر (طراحی سوالات، تعیین مراکز مجاز برگزاری آزمون عملی، اجرای

آزمون، اعلام نمره داوطلبان و صدور تاییدیه) از طریق سامانه آموزش مداوم روانشناسان و مشاوران سازمان بهزیستی

6.3.2 بررسی و جوابدهی به شکایات ارسال شده از سراسر کشور در خصوص نوروفیدبک

6.3.3 تعیین صلاحیت مدرسین برای برگزاری دوره های نوروفیدبک در سامانه آموزش

مداوم روانشناسان و مشاوران سازمان بهزیستی

6.3.4 بررسی سالانه پروتکل نوروفیدبک و اصلاح آن در صورت صلاحدید

تبصره 1: ریاست کمیته به عهده مدیر دفتر مشاوره و امور روانشناختی می باشد.

تبصره 2: دبیرخانه نوروفیدبک، پاسخگوی سوالات علمی مربوط به نوروفیدبک می باشد.

تبصره 3: در صورت بروز تخلف، مطابق با آیین نامه داخلی ماده 26، با مرکز خاطی برخورد خواهد

شد.

تبصره 4: این پروتکل مربوط به روش نوروفیدبک بوده و مربوط به سایر روش های درمانی مانند روش

های تحریک مغزی نمی باشد.

ماده 7- فضای فیزیکی و تجهیزات مورد نیاز

7/1 حداقل فضای فیزیکی برای درمان نوروفیدبک:

6.1.1 اختصاص اتاق حداقل چهار متری جهت درمان نوروفیدبک با دما و نور مناسب بدون وجود

عوامل مزاحم (مانند مزاحمت های صوتی یا رفت و آمد)

6.1.2 اتاق انتظار مناسب برای همراه مراجعین

7.2 تجهیزات مورد نیاز:

7.2.1 حداقل یک دستگاه نوروفیدبک دوکاناله استاندارد با الکترودهای سالم به همراه مواد مصرفی

لازم

7.2.2 سیستم رایانه ای کامل

7.3 رعایت شرایط ایمنی بخش تخصصی نوروفیدبک به گونه ای که احتمال آسیب به مراجعین وجود نداشته

باشد. برای مثال:

- پوشاندن لبه های تیز و خطرناک
- ایمن سازی سیستم های سرمایشی و گرمایشی

تبصره 1: اختصاص فضای فیزیکی معرفی شده در یک مرکز مشاوره برای ارائه خدمات درمان نوروفیدبک، بایستی با تایید کتبی کارشناس ناظر اداره کل بهزیستی استان باشد.

ماده 8- اختلال‌هایی که می‌توان از درمان نوروفیدبک برای آنها استفاده کرد.

8.1 از نوروفیدبک صرفاً در موارد زیر استفاده می‌شود:

8.1.1 درمان اختلال‌های نقص توجه - بیش‌فعالی (ADHD)، اختلال اضطرابی تعمیم یافته، مدیریت استرس، اختلالات یادگیری

8.1.2 ارتقا عملکردهای شناختی شامل توجه، تمرکز و حافظه

تبصره 1: حذف یا اضافه شدن موردی به موارد فوق، منوط به نظر کمیته تخصصی نوروفیدبک خواهد بود.

تبصره 2: برای درمان اختلالات یادگیری، استفاده از سایر مداخلات درمانی مانند بازتوانی شناختی و بسته‌های آموزشی کودکان با نیازهای خاص و یا آموزش والدین، بر اساس صلاحدید مسئول فنی، الزامی بوده و استفاده از روش نوروفیدبک به تنهایی برای درمان این اختلال مجاز نمی‌باشد.

ماده 9- استانداردهای درمانی

9.1 بخش تخصصی نوروفیدبک نمی‌تواند به صورت یک مرکز مستقل فعالیت کند. این مرکز می‌بایست تحت نظر مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی عمومی و تخصصی به ارائه خدمات درمانی بپردازد.

9.2 روند اجرای درمان نوروفیدبک می‌بایست مطابق با گام‌های زیر باشد:

1. تشخیص اختلال بر اساس مشاهده، آزمون و مصاحبه بالینی مطابق با معیارهای DSM-5
2. تصمیم‌گیری در مورد تناسب درمان نوروفیدبک با موارد ذکر شده در ماده 8
3. ارزیابی امواج مغزی بر اساس clinical Q یا QEEG (پیوست شماره 7)
4. انتخاب پروتکل درمانی استاندارد متناسب با اختلال و ناهنجاری امواج مغزی
5. اجرای آزمون‌های استاندارد روان‌شناختی متناسب با اختلال قبل از شروع درمان
6. اجرای پروتکل نوروفیدبک

9.2 بررسی اثربخشی درمان مطابق فرم‌های ارزیابی پیشرفت درمان و قضاوت بالینی (مطابق با پیوست شماره 6)

تبصره 1: چنانچه مراجع هم‌زمان دارو دریافت می‌کند، تصمیم‌گیری پیرامون قطع یا تغییر دوز دارو، می‌بایست صرفاً توسط پزشک معالج صورت گیرد.

9.3 هزینه و تعداد جلسات مورد نیاز

9.3.1 هزینه این خدمات طی بخشنامه متعاقباً اعلام خواهد شد.

9.3.2 زمان هر جلسه درمانی نوروفیدبک حداقل "45 دقیقه" می‌باشد.

9.3.3 متوسط تعداد جلسات برای هر اختلال یا شرایط تعریف شده در ماده 8 مطابق با پروتکل استاندارد هر یک از آنها خواهد بود که بسته به شرایط درمانجو و پیشرفت درمان می‌تواند متغیر باشد.

9.3.4 پایش پیشرفت درمان بر اساس "فرم‌های گزارش پیشرفت" الزامی است که در چند مرحله صورت گیرد:

- مرحله یکم: قبل از شروع درمان

- مرحله دوم: بعد از جلسه 15 ام

- در صورت ادامه درمان: هر 10 جلسه یک بار

9.3.5 درمان تنها در صورت مشاهده بهبودی نسبی در علائم و بر مبنای مستندات به دست آمده از فرم گزارش پیشرفت از جلسه 15 ام، ادامه می‌یابد.

9.3.6 فاصله زمانی لازم بین جلسات درمانی حداقل 48 ساعت و به تعداد 2 یا 3 جلسه در هفته باشد.

9.3.7 حداکثر تعداد جلسات برای هر اختلال یا شرایط ذکر شده در ماده 8، به تعداد 50 جلسه می‌باشد.

9.3.8 ملاک پیشرفت نوروفیدبک قضاوت بالینی و آزمون‌های روان‌شناختی متناسب با اختلال است. صراحتاً اعلام می‌دارد که ارزیابی امواج مغزی با استفاده از QEEG ملاک مناسبی برای بررسی بهبودی/عدم بهبودی اختلال نیست.

ماده 10- استانداردهای اخلاقی

10.1 درمانگر موظف است قبل از شروع درمان فرم رضایت نامه (مطابق با پیوست شماره 3) و اطلاعات مربوط به اثر بخشی، هزینه و تعداد جلسات درمانی را در اختیار درمانجو یا والدین وی قرار داده تا به صورت دقیق مطالعه و تأیید نمایند.

10.2 درمانگر موظف است به صورت روشن، روش نوروفیدبک را برای درمانجو یا والدین وی توضیح دهد. باید به صراحت گفته شود که نوروفیدبک یک روش مکمل مناسب بوده ولی خط اول درمان نیست و اثربخشی آن نسبی است.

10.3 بخش تخصصی نوروفیدبک باید از تبلیغات غیرواقعی اکیداً پرهیز کند.

تبصره 1: در ارتباط با کودکان و نوجوانان، اطلاع و رضایت والدین الزامی است.

ماده 11- بازآموزی

- 11.1 گواهینامه ارائه خدمات نوروفیدبک برای مسئول فنی و درمانگر تا 3 سال معتبر است.
- 11.2 برای دریافت گواهینامه مجدد نوروفیدبک، مسئول فنی و همچنین افراد ارائه دهنده خدمات در مرکز می‌بایست به طور متوسط حداقل سالانه 8 ساعت در دوره‌های بخش نوروفیدبک سامانه آموزش مداوم روانشناسان و مشاوران بهزیستی شرکت کند.

ماده 12- ضوابط نظارت و رسیدگی و برخورد با تخلفات و شکایات

نظارت بر عملکرد موضوع این پروتکل مطابق با آخرین نسخه ابلاغی آیین ماه داخلی ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت خواهد بود.

پیوست شماره 1

فرم متقاضیان دریافت مجوز نوروفیدبک برای مسئول فنی و ارائه‌دهندگان خدمات در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی بهزیستی کشور *

نام مرکز:		نام و نام خانوادگی مسئول:		سال تولد:
استان:		شهر:	آدرس:	
شماره تماس:		ایمیل:		
مدرک تحصیلی	دانشگاه محل تحصیل / سال فارغ التحصیلی	رشته	گرایش	
کارشناسی				
کارشناسی ارشد				
دکترا				
سوابق حرفه‌ای خود را ذکر نمایید.				
محل خدمت	نوع فعالیت	از تاریخ تا تاریخ		
<p>1- آیا دوره‌های آموزشی ویژه‌ای در زمینه نوروفیدبک گذرانده‌اید؟ بلی گواهینامه‌های ارائه شده به پیوست ارسال گردد. خیر</p> <p>2- آیا دوره کارورزی ویژه‌ای در زمینه نوروفیدبک گذرانده‌اید؟ بلی تاییدیه گذراندن دوره به پیوست ارسال گردد. خیر</p> <p>3- آیا مرکز نام برده در حال حاضر خدمات نوروفیدبک را ارائه می‌دهد؟ بلی تاریخ شروع ارائه خدمات خیر</p> <p>4- آیا به غیر از درمان نوروفیدبک، در حوزه‌های دیگری از درمان‌های دارویی یا غیر دارویی تجربه و تخصص دارید؟ بلی تاریخ شروع ارائه خدمات نوع درمان..... خیر</p>				
تاریخ تکمیل فرم:			امضاء:	

*این فرم برای متقاضیانی که تمایل دارند فعالیتشان در زمینه ارائه خدمات درمانی نوروفیدبک مورد تایید سازمان قرار گیرد، تکمیل می‌شود.

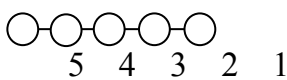
پیوست شماره 2

فرم نظارت بر بخش تخصصی نوروفیدبک

استان : شهر : تاریخ بازدید:

آدرس و شماره تلفن :

نام مرکز مشاوره:	نوع مرکز:	روزهای کاری:	ساعت کار:
نام موسس:	رشته و مدرک تحصیلی:	تاریخ صدور پروانه فعالیت:	تاریخ اعتبار:
نام مسئول فنی:	رشته و مدرک تحصیلی:	تاریخ صدور پروانه مسئول فنی:	تاریخ اعتبار:
نام درمانگر/ان:	رشته و مدرک تحصیلی:	تاریخ صدور مجوز درمانگری:	تاریخ اعتبار:

موضوع	شاخص	بلی	خیر
وضعیت اداری و فیزیکی	نصب پروانه مسئول فنی در معرض دید مراجعان		
	نصب پروانه درمانگر در معرض دید مراجعان		
	نصب تعرفه درمان نوروفیدبک در معرض دید مراجعان		
	محافظت از اطلاعات پرونده مراجعین (غیرقابل دسترسی افراد غیرمرتبط)		
	مناسب بودن شرایط اتاق		
	اتاق انتظار برای همراه مراجعین		
	وضعیت بهداشتی بخش تخصصی نوروفیدبک		
بسیار ضعیف		بسیار خوب	

	توضیحات
--	---------

موضوع	شاخص	بلی	خیر
تجهیزات	آیا دستگاه و الکترودها سالم است؟		
	آیا تجهیزات مورد نیاز سخت افزاری و نرم افزاری موجود است؟		
	آیا لوازم مصرفی (ژل، چسب، الکلی، گیره، دستمال کاغذی) موجود است؟		
	آیا صندلی درمانجو مناسب است؟		
توضیحات			

شاخص	بلی	خیر
حضور مسئول فنی در بخش تخصصی نوروفیدبک		
حضور درمانگر دارای مجوز فعالیت بر بالین درمانجو		
نیروی انسانی		

شاخص	بلی	خیر
تکمیل فرم رضایت‌نامه همراه با امضا یا اثر انگشت		
مطابقت هزینه دریافتی با تعرفه		
مشخص کردن علت ارجاع		
ثبت دقیق اطلاعات جمعیت‌شناختی درمانجویان در پرونده		
ثبت ارزیابی امواج مغزی		
ثبت پروتکل و توضیحات مرتبط با آن در هر جلسه		
تهیه خط پایه و تکمیل فرم‌های پیشرفت درمان مطابق با پروتکل استاندارد		
تناسب تعداد جلسات با پیشرفت درمان		
آیا درمانجوی دارای اختلالات یادگیری، هم‌زمان درمان‌های دیگری دریافت می‌کند؟ اگر بلی، چه نوع درمانی؟		
توضیحات		

پیوست شماره 3

بسمه تعالی

فرم رضایت نامه درمانی

اینجانب فرزند/ ولی با مطالعه و آگاهی کامل از تمامی شرایط و بندهای قید شده در زیر، آمادگی خود را برای درمان با روش نوروفیدبک اعلام می دارم.

شرایط و بندها:

- 1- می دانم و به من آگاهی کامل داده شده است که نوروفیدبک چیست و درمان با آن، ایمن است.
- 2- می دانم تعداد جلسات درمانی بسته به نوع اختلال بین 30 تا 50 جلسه متغیر است.
- 3- می دانم که اولین تغییرات رفتاری و محسوس به طور معمول تا جلسه پانزدهم آشکار خواهد شد.
- 4- با توجه به متفاوت بودن اثر بخشی روش نوروفیدبک در افراد مختلف، در صورت عدم مشاهده تغییرات رفتاری محسوس تا جلسه پانزدهم، درمان قطع می گردد.
- 5- می دانم برای داشتن دوره درمانی موفق، باید دوره درمانی منظم خود را به پایان برسانم و در طول درمان همکاری کامل با تیم درمان خود داشته باشم و تکالیف جانبی و سایر رهنمودهای درمانی را به طور دقیق انجام دهم.
- 6- خانواده من نیز در طول درمان با تیم درمان همکاری کامل خواهند داشت و تکالیف ارائه شده را انجام خواهند داد.
- 7- به دلیل اهمیت پیوستگی جلسات درمانی، جلسات اولیه (10 جلسه اول) دوره درمانی خود را بدون هیچ گونه وقفه‌ای و به صورت ممتد ادامه خواهم داد.
- 8- با آگاهی و اطلاع رسانی کامل می دانم که در موارد ضروری، طبق قوانین داخلی مرکز، می توانم با اطلاع قبلی (24 ساعت قبل) حداکثر تا 3 جلسه خود را بدون پرداخت هزینه لغو نمایم. در صورتی که تعداد جلسات لغو شده بیشتر از این تعداد گردد با اطلاع قبلی (24 ساعت قبل) 50 درصد هزینه و بدون اطلاع 100 درصد هزینه را پرداخت نمایم.
- 9- در صورت عدم حضور درمانگر در جلسه درمانی، درمانگر جایگزین روند درمان را ادامه خواهد داد.
- 10- می دانم مدت زمان جلسه درمانی من 45 دقیقه می باشد.
- 11- اطلاعات مربوط به هزینه جلسات درمانی برای من توضیح داده شده است.
- 12- متعهد می شوم راس ساعت تعیین شده در مرکز حضور داشته باشم و هرگونه تاخیر از زمان جلسه درمانی کسر خواهد شد.
- 13- می دانم درمان نوروفیدبک به تنهایی اثربخشی محدودی دارد و باید در کنار آن، به تشخیص گروه درمانی از سایر روش های درمانی، استفاده کنم.
- 14- می دانم که اگر شرایط زندگی فرد متقاضی درمان تا حدودی پایدار و آرام نبوده و در خانواده او شرایط تنش‌زایی همچون اعتیاد و ناسازگاری شدید والدین وجود داشته باشد اثرگذاری روش نوروفیدبک کاهش می یابد.

امضا و اثر انگشت بیمار / ولی (پدر و مادر)

نام و نام خانوادگی بیمار / ولی

پیوست شماره 6

نام و نام خانوادگی مراجع:

درمانگر:

تاریخ:

فرم گزارش وضعیت درمانی

- شکایات اصلی

- نتایج ارزیابی (مشاهده، مصاحبه و آزمون)

- تشخیص

- طرح درمانی 1 (سایر درمان‌های به کار برده شده):

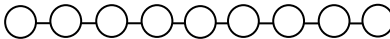
- طرح درمانی 2 (پروتکل‌های درمانی نوروفیدبک):

- درصد میزان پیشرفت جلسه پانزدهم بر اساس فرم ارزیابی پیشرفت درمان و قضاوت بالینگر:

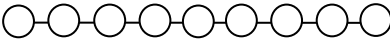
فرم ارزیابی پیشرفت درمان کمترین شدت بیشترین شدت
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 8 7 6 5 4 3 2 1 0

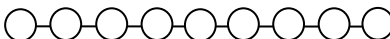
قضاوت بالینگر کمترین شدت بیشترین شدت
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

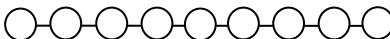
8 7 6 5 4 3 2 1 0

رضایت خانواده از فرایند درمان کمترین شدت  بیشترین شدت
8 7 6 5 4 3 2 1 0


- درصد میزان پیشرفت جلسه بیست و پنجم بر اساس فرم ارزیابی پیشرفت درمان و قضاوت بالینگر:

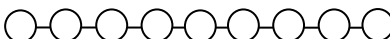
فرم ارزیابی پیشرفت درمان کمترین شدت  بیشترین شدت
8 7 6 5 4 3 2 1 0

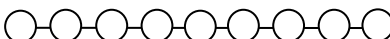
قضاوت بالینگر کمترین شدت  بیشترین شدت
8 7 6 5 4 3 2 1 0

رضایت خانواده از فرایند درمان کمترین شدت  بیشترین شدت
8 7 6 5 4 3 2 1 0


- درصد میزان پیشرفت جلسه سی و پنجم بر اساس فرم ارزیابی پیشرفت درمان و قضاوت بالینگر:

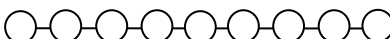
فرم ارزیابی پیشرفت درمان کمترین شدت  بیشترین شدت
8 7 6 5 4 3 2 1 0

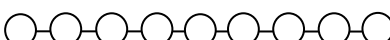
قضاوت بالینگر کمترین شدت  بیشترین شدت
8 7 6 5 4 3 2 1 0

رضایت خانواده از فرایند درمان کمترین شدت  بیشترین شدت
8 7 6 5 4 3 2 1 0

- درصد میزان پیشرفت جلسه چهل و پنجم بر اساس فرم ارزیابی پیشرفت درمان و قضاوت بالینگر:

فرم ارزیابی پیشرفت درمان کمترین شدت  بیشترین شدت
8 7 6 5 4 3 2 1 0

قضاوت بالینگر کمترین شدت  بیشترین شدت
8 7 6 5 4 3 2 1 0

رضایت خانواده از فرایند درمان کمترین شدت  بیشترین شدت
8 7 6 5 4 3 2 1 0

پیوست شماره 7

نمونه گزارش ClinicalQ



Clinical Q Assessment Report

NAME: client
Session Date: 1/28/2015

CZ	Values	%Change	Red Values Indicate Out-of-Range
EO Alpha	5.56		
EC Alpha	8.10		
Percent change EO to EC Alpha > 30%		45.67%	If < 30% or negative, probe for visual processing (memory) problem; poor retention of information and/or poor short term memory; also refer to O1 Alpha EO to EC description.
EO Alpha Recovery	5.23		
% difference EO Alpha from initial EO after EC		-6.32%	If > 25%, probe for foggy thinking
Theta Amplitude EO	9.18		
Beta Amplitude EO	5.73		
EO Theta/Beta < 2.2	1.61		If > 2.2, probe for CADD; also refer to UT T/B description
Theta Amplitude Under Task (UT)	8.49		
Beta Amplitude UT	5.17		
UT Theta/Beta	1.64		If > 2.2, probe for CADD (should drop UT); If > 3.0, probe for AD(H)D; If EO T/B < 2.2 and UT T/B > 2.2, probe for ADD and/or problems with poor reading, comprehension/retention.
Percent change T/B EO to T/B EO UT		1.93%	If positive and > 15%, probe for CADD
% UT Beta Increase <15%		-10.85%	If < 15%, probe for getting overly tired when reading or problem solving
Total Amplitude <60	22.37		If > 60, probe for developmental delay, autistic spectrum behavior, marked cognitive deficits.
Theta Amplitude preceding Omni	6.93		
Theta Amplitude with Omni	8.26		
Percent change in Theta with Omni		19.25%	If % is negative and > 5, prescribe for home use (positive % indicates Theta increase)
Alpha Peak Frequency EC	9.1		If < 9.5, probe for mental sluggishness
Alpha Peak Frequency EO	8.6		If < 9.5, probe for mental sluggishness
Theta EC	7.7		
SMR EC	3.41		
Theta/SMR EC	2.26		If > 3.0, probe for inability to sit still or quiet the body; sleep disturbance as in problems falling asleep; also associated with other problems related to muscle activity such as headaches, chronic pain, body tremors, dystonia, & seizure disorders that have a motor component.

O1	Values	%Change	
Alpha EO	4.73		
Alpha EC	8.66		
% Change in Alpha EO to EC >50%		83.15%	If EC increase is < 50% or negative, and also seen at Cz, probe for traumatic stress; if > 150% probe for artistic interests or skills (visual arts, dance, poetry, carpentry, etc.)
EO Alpha Recovery	4.96		
% change EO Alpha to EO Alpha after EC < 25%		4.83%	If > 25%, probe for foggy thinking
Theta Amplitude EO	6.34		
Beta Amplitude EO	5.93		
Theta/Beta EO 1.8 - 2.2	1.07		If < 1.8, probe for poor stress tolerance, "racing" thoughts, anxiety, inefficient self-quieting; predisposition to self-medicating behaviors, worn-out form of depression; If << 1.8, probe for addictive behavior, GAD, & stress precipitated depression; If > 3.0, probe for cognitive deficiencies or Asperger's patterns; also see F4/F3 Beta for symptoms; Also applies to T/B EC.
Theta Amplitude EC	6.48		
Beta Amplitude EC	8.14		
Theta/Beta EC 1.8 - 2.2	0.80		If both EC and EO are about = and < 1.5, probe for sleep disturbance: Also see T/B EO for description of probes.
% change EO to EC T/B ratio		-34.80%	If % is negative and > 25, question sleep onset difficulties (positive % indicates increase from EO to EC)
Alpha Peak Frequency EC	9.9		If < 9.5, probe for mental sluggishness
Alpha Peak Frequency EO	10.2		If < 9.5, probe for mental sluggishness

F3 and F4	F3 Values	F4 Values	% Difference F3-F4	
Theta Amplitude EC	7.72	6.40		<p>If > 2.2 at F3 & F4, probe for cognitive inefficiencies such as deficiencies associated with retrieval of information, impulse control, emotional volatility, etc.</p> <p>If % is negative and > 20%, probe for emotional volatility, anger management problems, emotional impulse control; in males in particular, emotional restriction (very narrow emotional window) that seems to be a response to, or effort to control, emotional volatility.</p> <p>If < 1.0, probe for frontal Alpha ADD - problems with organization, sequencing, sustained focus, planning, task completion, staying on task, talkativeness; If << .8, probe for fibromyalgia, chronic fatigue & sleep disturbance.</p> <p>If > 60, probe for developmental delays, autism spectrum disorders (particularly if O1 Theta is high and the anterior cingulate gyrus is "hot"); memory/cognitive deficits in adults.</p> <p>If F4 Beta > 15% greater than F3 Beta, probe for predisposition to depressed mood states; If > 20% and F4/F3 Theta > 20% and F4 T/A 20% < F3 T/A (particularly when O1 T/B < 1.5), probe for fibromyalgia/chronic fatigue.</p> <p>If F3 Alpha > F4 Alpha, probe for depression; If F4 Alpha > F3 Alpha, probe for oppositional, defiant and socially aggressive or socially indifferent behavior; general elevated Alpha associated with emotional dysregulation.</p> <p>If F4 Theta 15% > F3 Theta, probe for emotional volatility or conversely restricted emotional range; If F3 Theta > F4 Theta, probe for depression .</p> <p style="text-align: center;">If +, F4>F3; If - , F3>F4</p> <p>* If F4/F3 Beta > 15%, F3/F4 Alpha > 15%, F3/F4 Theta > 15% OR F3 T/B > 20% of F4 T/B, probe for depression in adults & impulse control in children.</p>
Beta Amplitude EC	6.37	5.70		
Theta /Beta (EC) < 2.2	1.22	1.13		
* % Difference b/w F3 T/B & F4 T/B EC			-8.11%	
Theta Amplitude EC	7.72	6.40		
Alpha Amplitude EC	8.51	7.02		
Theta /Alpha (EC) 1.2-1.6	0.93	0.92		
Total Amplitude (EC) <60	22.60	19.13		
* F4>F3 Beta <15%	6.37	5.70	-11.69%	
* F4>F3 Alpha <15%	8.51	7.02	-21.22%	
* F4>F3 Theta <15%	7.72	6.40	-20.57%	
F3-F4 Theta amplitude correlation	0.88			
F3-F4 Alpha amplitude correlation	0.97			
F3-F4 Beta amplitude correlation	0.98			

FZ	Values	
Delta (2 Hz) EC < 9.0	5.99	<p>If > 9.0, probe for cognitive deficits such as problems with concentration, forgetfulness, and comprehension; higher values can be associated with developmental delays and pain; will usually see remarkable patterns at F3 and F4 if Delta is high.</p>
HiBeta Amplitude	4.11	
Beta Amplitude	6.37	<p>If < .45, probe for excessive passiveness; if > .55, probe for stubborn behavior, OC tendencies or OCD, perseveration in autistic spectrum behaviors; assume hot midline (anterior cingulate gyrus) in treatment of autistic spectrum behaviors; If > .60 or < .40, probe for anxiety; If > .80, probe for O/C behaviors;</p> <p>If < .35, problematic passivity; .45 = open-minded and conciliatory. Caution! If there is an extremely elevated Beta amplitude, minimal ratio may result that does not indicate passive behavior.</p>
HiBeta/Beta .45 -.55	0.66	
Sum HiBeta + Beta <15	10.48	
LoAlpha Amplitude	6.04	<p>Implications of 2 above ratios apply only if sum of amplitudes of 28-40 hz & Beta < 15. If summated amplitudes > 15, but 28-40/Beta is within normative range, probe for fretting and assume hot midline in treatment of autistic spectrum behaviors; When < 15, clients reported less annoying thoughts: If > 16, "hot" midline.</p> <p>If > 1.5, probe for cognitive inefficiency, age related deficits in memory and cognitive processing, and sleep disorders; If > 1.5, probe for problems with concentration and forgetfulness; If >> 1.5, probe for developmental delay, marked cognitive deficits; the lower this ratio, the better, as it reflects more efficient brain functioning.</p> <p>(This statistic is currently be used for research purposes)</p>
HiAlpha Amplitude	2.67	
LoAlpha/HiAlpha 1.0 - 1.5	2.27	
Alpha Peak Frequency EC	8.9	

Treatment Plan:

Refer to [Basic Neurotherapy: The Clinician's Guide](#) for more information and treatment planning.