

:: به نام بی نام او ::

مقدمه

روان‌شناسی رشد یکی از کلیدی‌ترین دروس روان‌شناسی است که در تمام آزمون‌های کارشناسی ارشد و دکتری روان‌شناسی وزارت بهداشت و وزارت علوم نیز حضور دارد. این درس در آزمون کارشناسی ارشد وزارت بهداشت جزء دروس مورد علاقه داوطلبان است که سوالات آن نیز عمدتاً از کتاب روان‌شناسی رشد لورابریک جلد ۱ و ۲ طرح می‌شود. جزوه روان‌شناسی رشد کیهان - ویژه وزارت بهداشت در سال‌های گذشته مورد استفاده بسیاری از رتبه‌های برتر بوده است.

این مجموعه با خلاصه کردن مطالب نسبتاً گسترده منابع اصلی در حجتی خلاصه، توانسته در کنار جزوه روان‌شناسی عمومی کیهان، به بسیاری از سوالات مجموعه درس روان‌شناسی عمومی و رشد پاسخ دهد و اعتماد داوطلبان را مجدداً جلب نماید. این مجموعه در آخرین ویراست توسط سرکار خانم شیاسی، دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی مورد بازنگری دوباره قرار گرفته است.

تغییرات آخرین ویرایش

در آخرین ویرایش، سوالات آخرین کنکورها با پاسخ تشریحی به این مجموعه اضافه شده و برخی اصلاحات جزئی نیز مطابق با آخرین کنکورها در متن صورت گرفته است. همچنین برای جلوگیری از افزایش قیمت جزوات، سعی کردیم بدون کاهش کیفیت جزوات، متون را کم‌حجم کنیم و از تعداد صفحات خالی جزوه بکاهیم.

با اطمینان مطالعه کنید

برای آنکه این مجموعه را با اطمینان مطالعه کنید، به موارد زیر توجه نمایید:

۱. گزارشی که بلافاصله پس از کنکور تهیه شد، نشان داد که جزوه کاپلان کیهان به تهنایی به ۷۵ درصد سوالات آخرین کنکور ارشد وزارت بهداشت پاسخ داده است.
۲. این مجموعه توسط رتبه‌های برتر روان‌شناسی از جمله خانم شیاسی ویرایش شده است.
۳. این مجموعه، در سال‌های گذشته منبع اصلی مطالعاتی رتبه‌های برتر کنکورهای ارشد و دکتری روان‌شناسی بوده است. از جمله خانم مریم بی طرفان رتبه ۱۴، خانم گودرزی رتبه ۸ کنکور و خانم نیلوفر پور ابراهیم رتبه ۱۱. می‌توانید مصاحبه این دوستان را در وبسایت گروه آموزشی بخوانید.
۴. این مجموعه در کنار دیگر مجموعه‌های کیهان، با دقت بسیار زیادی تهیه شده و متناسب با سوالات کنکور اخیر مورد بازبینی قرار گرفته و برای کنکور ارشد پیش رو کاملاً به‌روزرسانی شده است.

در پایان ضمن دعوت از همه شما دوستان به استفاده از روش مطالعه علمی و دقیق و همچنین به کارگیری یک برنامه‌ریزی صحیح و قابل اطمینان برای رسیدن به هدفی شایسته، آمادگی خود را برای شنیدن نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما عزیزان برای هرچه بهتر کردن مجموعه‌هایی که متعلق به همه شماست، اعلام می‌کنیم.

" با آرزوی توفیق برای همه شما عزیزان "

گروه مشاوران کیهان

مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره کیهان

:: آشنایی با مجموعه کیهان ::

درباره کیهان

- گروه آموزشی کیهان متشکل از تعدادی از رتبه‌های برتر روان‌شناسی و مشاوره ارشد و دکتری دانشگاه‌های تهران، شهیدبهشتی، علامه و ... است که صرفاً در زمینه کنکور ارشد و دکتری مجموعه روانشناسی و مشاوره فعالیت دارد.
- فعالیت‌های کیهان شامل ارائه خدمات مشاوره و برنامه‌ریزی، مجموعه جزوات قابل اطمینان، فیلم‌های آموزشی با اساتید برتر روان‌شناسی، ارائه خدمات روانشناختی به دانشجویان و برگزاری کلاس‌های آموزشی با کیفیت است.
- گروه آموزشی کیهان تحت نظارت مستقیم مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره کیهان فعالیت می‌کند.
- کیهان در هیچ کجای کشور شعبه‌ای ندارد و تمام خدمات و محصولات آن فقط از خود مرکز کیهان به شیوه اینترنتی، تلفنی و حضوری قابل دریافت است.
- به لطف به کارگیری از روش‌های علمی مشاوره و برنامه‌ریزی و همچنین جزوات قابل اطمینان، هر ساله تعداد قابل توجهی از رتبه‌های زیر ۱۰۰ کنکور ارشد روان‌شناسی از میان کیهانی‌ها بوده‌اند. به طور مثال در سال ۹۷ خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲، در سال ۹۸ خانم فائزه قدمی رتبه ۱ و خانم الهه مولایی رتبه ۶، در سال ۹۹ خانم زهرا دایی رتبه ۶ و در سال ۱۴۰۰ خانم شقایق حاذقی رتبه ۳، خانم زینب نکومنشی نژاد رتبه ۱۵ و خانم نرگس السادات سلیلی رتبه ۱۶ به طور کامل کیهانی بوده‌اند.

درباره جلسات مشاوره کیهان

- جلسات به دو شکل رایگان (فقط یک بار در سال) و تخصصی (با یک مشاور به انتخاب فرد) برگزار می‌شود.
- جلسات به دو شکل تلفنی و حضوری و صرفاً اختصاصی (یک مشاور و یک دانشجو در هر جلسه) برگزار می‌شود.
- هر دانشجوی کیهانی یک پرونده مربوط به اطلاعات خود نزد مشاور اختصاصی اش دارد.
- در کیهان، مشاور هر رشته (روانشناسی-مشاوره)، الزاماً رتبه برتر همان رشته است و بر آن آزمون کاملاً مسلط است.
- روش‌های برنامه‌ریزی و مشاوره کیهان، از یافته‌های علمی و تجربی استخراج می‌شود و سپس در دپارتمان مشاوران تصویب می‌شود. اینجا از آزمون و خطا خبری نیست.
- کیهان از حضور چندین مشاور تخصصی (رتبه‌های برتر) بهره می‌برد که این قدرت انتخاب دانشجو را بالا می‌برد.
- کیهان برای داوطلبان کنکور پیش رو، دو طرح ویژه متفاوت با شرایط متفاوت ارائه کرده است.
- تمام جلسات مشاوره کیهان تحت نظارت مشاوران ارشد کیهان (آقایان فلاح و نیک منش) برگزار می‌شود.
- امکان داشتن ماهانه یک جلسه مشاوره (در طرح VIP) در زمینه مدیریت فردی، انگیزه، استرس و ... با مشاوران ارشد کیهان فراهم است.
- هزینه جلسات مشاوره در کیهان، مطابق نرخ مصوب عمومی است.

مروری کلی بر عوامل موفقیت در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی از نگاه رتبه‌های برتر کنکور، مشاوران کیهان

۱. **هدف:** تجربه ما نشان داده داوطلبانی که اهداف مشخص و محکمی ندارند، معمولاً در دنبال کردن آنها دچار مشکل شده و گاهی حتی به خط پایان نیز نمی‌رسند. پس پیشنهاد می‌کنیم اول از همه هدف‌تان را روشن کنید. چرا می‌خواهید ارشد روان‌شناسی شرکت کنید؟ چه رتبه‌ای را در این کنکور دنبال می‌کنید و چرا؟ حتماً می‌دانید که هدف باید SMART باشد. پس برای ۵ سال و یک سال آینده‌تان هدف‌گذاری SMART کنید. هدف‌گذاری SMART یعنی هدف‌گذاری که مشخص (Specific)، قابل اندازه‌گیری (Measurable)، قابل دستیابی (Attainable)، واقع بینانه (Realistic) و دارای محدوده زمانی مشخص (Time-bounded) باشد. در این راه یک دفتر برنامه‌ریزی + یک مشاور آگاه و متخصص می‌تواند به شما کمک زیادی در هدف‌گذاری صحیح ارائه دهد.
۲. **برنامه‌ریزی:** برای رسیدن به هدف‌تان برنامه‌ریزی کنید. یک برنامه‌ریزی صحیح نه خیلی سنگین است که زود شما را خسته کند، نه خیلی سبک که شما را به هدف‌تان نرساند. بدانید از کجا باید شروع کنید. با کدام کتاب‌ها، کلاً چه منابعی را می‌خواهید مطالعه کنید، آماده خلاصه برداری هستید؟ یا می‌خواهید از خلاصه دیگران استفاده کنید؟ کدام خلاصه بیشتر جواب داده و به نسبت هزینه‌ای که می‌کنید، منفعت بیشتری را برای شما می‌آورد؟ اینجا از یک کاربلد، کسی که تازه در کنکور رشته شما شرکت کرده (کنکور سراسری ارشد روان‌شناسی بالینی یا عمومی) و رتبه عالی هم کسب کرده (زیر ۵۰)، اطلاعات لازم را بگیرید. ببینید می‌خواهید اول کدام درس‌ها را در چه بازه زمانی جمع کنید و بعد کدام درس‌ها را. زمان مناسب برای شروع تست‌زنی چه موقع است؟ از چه ابزارهای دیگری می‌خواهید استفاده کنید و ... ابتدا مسیر رسیدن به هدف را به اندازه کافی برای خود روشن کنید. طرح‌های مشاوره‌ای مختلف کیهان را نیز مد نظرتان داشته باشید.
۳. **آمادگی ذهنی:** حالا که وقت عمل کردن فرا رسیده، ذهنتان را از همه شکست‌ها و تلخی‌های گذشته رها کنید. نگرانی‌ها را دور بریزید و فقط به هدف‌تان و میزان تلاشی که برای عملی کردن برنامه‌تان به نحو احسن، لازم دارید فکر کنید. به این‌که موفقیت در این پروژه (کنکور کارشناسی ارشد یا دکتری) چه تأثیرات مثبتی در زندگی‌تان دارد و سایر نکات مثبت فکر کنید.
۴. **ابزارهای کل‌آمد:** منظور، داشتن یک سری ابزار برای مقابله با خستگی، ناامیدی، و سایر موانع بیرونی و درونی برای رسیدن به هدف‌تان است. روش مطالعه صحیح را بدانید (در انتهای جزوات مطرح شده و در صورت نیاز مشاوران نیز به شما آموزش می‌دهند). با روش‌های مدیریت استرس و تمرکز آشنا باشید. بدانید چه زمان باید مرور کنید تا مطالب از ذهنتان نرود.
۵. **مطالعات منسجم:** رشته ما منابع زیادی دارد. در صورتی که از همین مجموعه جزوات کیهان استفاده می‌کنید، هیچ جای نگرانی نیست. اما باز جهت تاکید عرض می‌کنیم که از مطالعه منابع پراکنده پرهیز کنید. مطالعه منسجم یکی دو منبع خیلی بهتر از مطالعه پراکنده ۶-۷ منبع است. به مسیرتان اعتماد کنید.
۶. **نظارت و ارزیابی:** مدام خودتان، منابع‌تان و دانشی را که اندوخته‌اید، بررسی و ارزیابی کنید. ببینید در جهت درستی حرکت می‌کنید؟ یا نیاز به تغییر روش کار در برخی موارد دارید؟ در صورت نیاز، برای این کار از یک راه‌بلد کمک بگیرید.
۷. **اعتماد به خود و توکل به نیروی برتر:** سخت تلاش کنید و نتیجه را به گرداننده روزگار واگذار کنید. یادتان باشد که این عالم طراحی عادلانه دارد، پس مطمئن باشید زحمت هیچ داوطلب کوشایی بی‌نتیجه نخواهد ماند.

فهرست

صفحه	عنوان
۲.....	فصل اول: تاریخچه، نظریه و راهبردهای پژوهشی
۱۰.....	فصل دوم: مبانی ژنتیکی و محیطی
۱۳.....	فصل سوم: رشد پیش از تولد، تولد و نوزاد
۱۹.....	فصل چهارم: رشد جسمانی در نوباوگی و نوپایی
۲۴.....	فصل پنجم: رشد شناختی در نوباگی و نوپایی
۳۰.....	فصل ششم: رشد هیجانی و اجتماعی در نوباوگی و نوپایی
۳۹.....	فصل هفتم: رشد جسمانی و شناختی در اوایل کودکی
۴۵.....	فصل هشتم: رشد هیجانی و اجتماعی در اوایل کودکی
۵۳.....	فصل نهم: رشد جسمانی و شناختی در اواسط کودکی
۵۸.....	فصل دهم: رشد هیجانی و اجتماعی در اواسط کودکی
۶۵.....	فصل یازدهم: رشد جسمانی و شناختی در نوجوانی
۷۰.....	فصل دوازدهم: رشد هیجانی و اجتماعی در نوجوانی
۷۷.....	فصل سیزدهم: رشد جسمانی و شناختی در اوایل بزرگسالی (جوانی)
۸۱.....	فصل چهاردهم: رشد هیجانی و اجتماعی در اوایل بزرگسالی (جوانی)
۸۶.....	فصل پانزدهم: رشد جسمانی و شناختی در میانسالی
۹۰.....	فصل شانزدهم: رشد هیجانی و اجتماعی در میانسالی
۹۴.....	فصل هفدهم: رشد جسمانی و شناختی در اواخر بزرگسالی (پیری)
۹۸.....	فصل هجدهم: رشد هیجانی و اجتماعی در اواخر بزرگسالی
۱۰۲.....	فصل نوزدهم: مرگ، مردن و داغدیدگی
۱۰۵.....	منابع
۱۰۶.....	سوالات رشد و عمومی کارشناسی ارشد بهداشت ۱۴۰۰
۱۰۸.....	پاسخنامه سوالات رشد و عمومی کارشناسی ارشد بهداشت ۱۴۰۰
۱۱۰.....	مطالعات بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط

فصل سوم: رشد پیش از تولد، تولد و نوزاد



- ✓ رشد پیش از تولد
- ✓ تاثیرات محیطی پیش از تولد
- ✓ زایمان
- ✓ بچه های زودرس و کم وزن به هنگام تولد
- ✓ عوارض تولد، فرزندپروری و انعطاف پذیری
- ✓ توانایی های نوزاد
- ✓ زیست شناسی و محیط

رشد پیش از تولد:

لقاح

تقریباً هر ۲۸ روز یک بار، در وسط چرخه قاعدگی زن، تخمک از یکی از تخمدان های او خارج می شود. وقتی تخمک حرکت می کند نقطه ای روی تخمدان که از آن آزاد شده است و اکنون جسم زرد نامیده می شود، هورمون هایی را ترشح می کند که جداره رحم را برای دریافت تخمک بارور آماده می سازد. مرد تعداد زیادی اسپرم در بیضه ها تولید می کند. بیضه ها دو غده هستند که در کیسه بیضه قرار دارند.

داستان رشد پیش از تولد با لقاح شروع می شود. تغییرات گسترده ای که در مدت ۳۸ هفته حاملگی صورت می گیرند، معمولاً به سه مرحله تقسیم می شوند:

- ۱- دوره تخمک بارور
- ۲- دوره رویانی
- ۳- دوره جنینی

دوره تخمک بارور

دوره تخمک بارور (زیگوت) تقریباً ۲ هفته، از بارورسازی تا توده ریز سلول ها که از لوله رحم خارج شده و خود را به جداره رحم می چسباند، به طول می انجامد. اولین تکثیر سلولی تخمک بارور طولانی است و تا حدود ۳۰ ساعت بعد از لقاح کامل نمی شود. به تدریج سلول های تازه با سرعت بیشتری اضافه می شوند. در روز چهارم، ۶۰ تا ۷۰ سلول وجود دارند که گوی تو خالی و پر از مایعی به نام بلاستوسیت را تشکیل می دهند. سلول هایی که در درون وجود دارند و دیسک رویانی نامیده می شوند، به ارگانیزم جدیدی تبدیل می شوند. حلقه بیرونی سلول ها به نام تروفوبلاست، پوشش محافظ و غذا تامین خواهند کرد. بین روزهای هفتم تا نهم لانه گزینی روی می دهد. بلاستوسیت عمیقاً به جداره رحم می چسبد. بلاستوسیت که خون مغزی مادر آن را احاطه کرده است، با جدیت تمام شروع به رشد می کند. در ابتدا تروفوبلاست (لایه بیرونی محافظ) سریع تر تکثیر می شود و غشایی به نام امینیون را تشکیل می دهد که ارگانیزم در حال رشد را در مایع امنیوتیک محصور می کند. این مایع محیطی پیش از تولد را ثابت نگه می دارد و مانند بالشکتی در برابر هرگونه ضربه های ناشی از حرکات زن عمل می کند. هم چنین در این زمان کیسه زرده به وجود می آید که سلول های خون را تولید می کند تا اینکه کبد، طحال و مغز استخوان به قدر کافی رشد کنند که وظیفه آن را بر عهده گیرند.

در پایان هفته دوم، سلول های تروفوبلاست، غشای محافظ دیگری را تشکیل می دهند که کوریون نام دارد و امینیون را احاطه می کند. از کوریون، پرزهای ریز یا رگ های خونی شروع به نمایان شدن می کنند. وقتی این پرزها به جداره رحم می چسبند، اندام خاصی به نام جفت شروع به رشد می کند. جفت با نزدیک کردن خون رویان و مادر به هم، امکان رسیدن غذا و اکسیژن به ارگانیزم و دفع فضولات را فراهم می آورد. جفت به وسیله بند ناف به ارگانیزم در حال رشد متصل شده است. در پایان دوره تخمک بارور، ارگانیزم در حال رشد غذا و سرپناه پیدا کرده است.

دوره رویانی

دوره رویانی از لانه گزینی تا هفته هشتم حاملگی ادامه دارد. در طول این ۶ هفته، اغلب تغییرات سریع پیش از تولد صورت می گیرند، به طوری که شالوده تمام ساختارهای بدن و اندام های درونی پی ریزی می شود.

نیمه دوم ماه اول: در هفته اول این دوره، دیسک رویانی، سه لایه از سلول ها را تشکیل می دهد:

- ۱- اکتودرم (لایه بیرونی) که دستگاه عصبی و پوست خواهد شد.

۲- مزودرم (لایه میانی) که عضلات، استخوان بندی، دستگاه گردش خون و اندام‌های درونی دیگر از آن به وجود می‌آیند.

۳- اندودرم (لایه درونی) که به دستگاه گوارش، ریه‌ها، دستگاه ادراری و غدد تبدیل می‌شود.

در آغاز دستگاه عصبی سریع‌تر از همه رشد می‌کند. اکتودرم تا می‌شود تا مجرای عصبی را تشکیل دهد که به نخاع شوکی و مغز تبدیل خواهد شد. در ۳.۵ هفتگی برجستگی‌های بالا مغز را تشکیل می‌دهند.

ماه دوم در ماه دوم رشد به سرعت ادامه می‌یابد. چشم‌ها، گوش‌ها، بینی، چانه و گردن شکل می‌گیرند. جوانه‌های ریز به دست‌ها، پاها، انگشتان دست و پا تبدیل می‌شوند. در هفته هفتم، تولید نورون‌ها در عمق مجرای عصبی شروع می‌شود.

دوره جنینی

از هفته نهم تا پایان حاملگی، طولانی‌ترین دوره پیش از تولد است. در ماه سوم، اندام‌ها، عضلات و دستگاه عصبی، سازمان یافتن و متصل شدن را آغاز می‌کنند. در هفته دوازدهم، اندام‌های تناسلی بیرونی کاملاً شکل گرفته‌اند و با فراصوت می‌توان جنسیت جنین را تشخیص داد.

دوره سه ماهه دوم، ماده سفید و پنیرمانندی به نام ورنیکس از خشک شدن پوست جنین که چند ماه در مایع آمنیوتیک غوطه‌ور بوده است محافظت می‌کند. موی سفید و نرمی به نام کرک نیز در سر تا سر بدن پدیدار می‌شود که به ورنیکس کمک می‌کند تا به پوست بچسبد. در پایان دوره سه ماهه دوم، تعدادی از اندام‌ها کاملاً رشد کرده‌اند. سلول‌های گلیال که از نورون‌ها حمایت و آنها را تغذیه می‌کنند، در طول چند ماه باقیمانده از حاملگی و بعد از تولد، به افزایش سریع خود ادامه می‌دهند. وزن مغز از هفته بیستم تا تولد، ده برابر افزایش می‌یابد. در عین حال نورون‌ها تشکیل سیناپس‌ها یا اتصالات را به سرعت شروع می‌کنند.

دوره سه ماهه سوم، در طول سه ماهه آخر، جنینی که پیش از موقع متولد شود، شانس زنده ماندن دارد. مقطعی که جنین برای اولین بار می‌تواند زنده بماند، سن زنده ماندن نامیده می‌شود که بین هفته بیست و دوم و بیست و ششم است.

در پایان حاملگی، جنین همچون شکل‌گیری شخصیت را آغاز می‌کند. فعالیت جنین با خلق و خوی کودک ارتباط دارد. دوره سه ماهه سوم، پاسخ دهی بیشتر به تحریک را به همراه دارد. بین هفته بیستم و سی ام، بین قشر مخ و مناطقی از مغز که در حساسیت نسبت به درد مشارکت دارند، اتصالات برقرار می‌شود. جنین حداقل می‌تواند به مدت کوتاه یادآوری کند. در ۲۵ هفتگی، جنین‌ها با حرکت بدن به صداها واکنش نشان می‌دهند. طولی نمی‌کشد جنین‌ها لحن و ریتم صداهای مختلف را تشخیص می‌دهند.

تاثیرات محیطی پیش از تولد:

گرچه محیط پیش از تولد از دنیای خارج از رحم خیلی با ثبات‌تر است، ولی عوامل متعددی می‌توانند بر رویان و جنین تاثیر بگذارند:

تراتوژن: واژه تراتوژن (انگلیسی) به هر گونه عامل محیطی اشاره دارد که در طول دوره پیش از تولد آسیب برساند.

انواع تراتوژن‌ها: داروهای غیر مجاز/توتون/الکل/تشعشع/آلودگی محیط/بیماری عفونی

الکل یکی از تراتوژن‌ها است که موجب ابتلای نوزاد به اختلال طیف الکل جنینی می‌شود. این اختلال بر اساس شدت به صورت زیر تقسیم بندی می‌شود:

۱- **نشانگان الکل جنینی:** با رشد جسمانی کند، الگوی سه ناهنجاری صورت (شکاف کوتاه، پلک‌ها، لب بالای نازک، چاله صاف بالای لب، و صدمه مغزی که به صورت سر کوچک و اختلال در حداقل سه زمینه عملکرد آشکار است. (زبان، فراخوانی حافظه، برنامه ریزی و استدلال و...)

۲- **نشانگان الکل جنینی جزئی:** با دو مورد از سه ناهنجاری صورت که در بالا شرح داده شد. صدمه مغزی، که حداقل در سه زمینه عملکرد معیوب آشکار هستند، مشخص می‌شود. مادران این کودکان مقادیر کمتری الکل مصرف کرده‌اند.

۳- **اختلال عصبی - رشدی مرتبط با الکل:** با وجود رشد جسمانی عادی و فقدان ناهنجاری‌های صورت، حداقل سه زمینه عملکرد ذهنی معیوب هستند. وزن کم به هنگام تولد با بیماری قلبی، سکت، دیابت ارتباط دارد.

انواع دیگر تراتوژن‌ها:

تالیدومید: این دارو نقایص زیادی را در دست‌ها و پاهای رویان ایجاد می‌کند و در موارد نادر به گوشه‌ها، قلب، کلیه‌ها و اندام‌های تناسلی آسیب می‌رساند.

هورمون ساختگی DES: در دختران: سرطان واژن - نقایص رحم و نازایی. در پسران: سرطان بیضه - نارسایی تناسلی

آکوتان (یکی از مشتقات ویتامین A برای درمان آکنه شدید): ناهنجاری در گوش، چشم، جمجمه، مغز، قلب و دستگاه ایمنی منجر می‌شود.

مصرف منظم **آسپیرین:** وزن کم هنگام تولد، مرگ نوزاد در حدود زمان تولد، رشد حرکتی نامناسب، نمره هوش پایین‌تر در اوایل کودکی.

کافئین: وزن کم هنگام تولد، سقط جنین، نشانه‌های ترک نوزاد (تحریک پذیری - استفراغ)

داروهای ضدافسردگی: افزایش خطر عوارض زایمان، ناراحتی تنفسی

داروهای غیرمجاز :

هروئین: نارس، وزن کم، نقایص جسمانی، مشکلات تنفسی، مرگ در زمان تولد، معتاد به دنیا آمدن، تب الود-تحریک پذیر-مشکل در خوابیدن-گریه های گوش خراش .

توتون : مشخصترین تاثیر=وزن کم-فراخانی توجه کم-حافظه کوتاهتر-هوش پایین تر و مشکلات رفتاری .

نیکوتین رگهای خونی را تنگ و جریان خون به رحم را کاهش میدهد=جفت غیرعادی رشد میکند و انتقال مواد غذایی کاهش می یابد

تشعشع : سقط جنین، اندازه کوچک سر، نقایص جسمانی، رشد جسمانی کند، سرطان کودکی، نمرات پایین هوش، اختلال زبان و هیجانی .

آلودگی محیط : جیوه یک تراتوژن رایج است. سطح بالای جیوه در دوره پیش از تولد، تولید و مهاجرت نورون ها را مختل می کند و آسیب مغزی گسترده به بار می آورد.

بیماریهای عفونی :

سرخجه (بیشترین صدمه در دوره رویانی) باعث آب مروارید، ناشنوایی، نابهنجاری قلبی، تناسلی، ادراری، روده ای، عقب ماندگی ذهنی میشود. دردوره جنینی کمتر زاینبار است ولی وزن کم، ناشنوایی، نقایص استخوانی را می تواند ایجاد کند .

سیتومگالوویروس (گروه ویروسهای تبخال) : شایعترین عفونت پیش از تولد است از طریق تماس تنفسی و جنسی منتقل میشود

توکسموپالسموز : (انگل) آسیب به چشم و مغز وارد میکند

استرس هیجانی : اضطراب شدید با میزان بالاتر سقط، نارس، وزن کم ، بیماری تنفسی و اختلال گوارشی ارتباط دارد.

اضطراب شدید باکام شکاف دار و تنگی باب المعده مرتبط است .

توکسمی : افزایش ناگهانی فشارخون که اگر درمان نشود باعث تشنج در مادر میشود و جنین میمیرد. عوامل دیگر که به مادر مربوط می‌شوند: تغذیه/استرس/مغایرت عوامل RH /سن مادر و زایمان های قبلی

تغذیه: در دوره بارداری غنی کردن غذای مادر با ویتامین ها و مواد معدنی اهمیت زیادی دارد. برای مثال مصرف مکمل اسید فولیک در حدود زمان حاملگی، نابهنجاری های مجرای عصبی، مانند انانسفالی(بی مغزی) و اسپینا بیفیدا را به مقدار زیادی کاهش می دهد.

هنگامی که زنان مبتلا به HIV حامله می‌شوند ۲۰ تا ۳۰ درصد مواقع ویروس را به ارگانسیم در حال رشد منتقل می‌کنند.

مغایرت عوامل Rh: در صورتی که گروه خونی ارثی مادر و جنین تفاوت داشته باشند، گاهی مشکلات جدی به بار می‌آورد. شایع ترین عامل این مشکلات مغایرت عامل Rh است. در صورتی که مادر Rh منفی و پدر Rh مثبت باشد امکان دارد که بچه گروه خون Rh مثبت پدر را به ارث ببرد. حتی اگر مقدار کمی از Rh مثبت خون جنین از جفت رد شده و وارد جریان خون Rh منفی مادر شود، او پادتن هایی را برای این پروتئین Rh بیگانه می‌سازد. اگر اینها وارد سیستم جنین شوند، سلول های قرمز خون را نابود کرده و تامین اکسیژن برای اندام ها و بافت ها را کاهش می‌دهند. (عقب ماندگی مغز، صدمه و...)

تاثیرات تراتوژن ها به چند عامل بستگی دارد.

۱-مقدار: مقادیر بیشتر در دوره زمانی طولانی تر معمولا عوارض منفی بیشتری دارند.

۲-وراثت: ساخت ژنتیکی مادر و ارگانیزم در حال رشد نقش مهمی ایفا می کند. برخی افراد بهتر از دیگران می توانند محیط های زیان اور را تحمل کنند.

۳-تاثیرات منفی دیگر: وجود چندین عامل منفی به طور همزمان. مانند تغذیه نامناسب. فقدان مراقبت پزشکی و تراتوژن های دیگر. می توانند تاثیر عامل زیان اور واحدی را بدتر کنند.

۴-سن: عوارض تراتوژن ها بسته به سن ارگانیزم در زمان مواجه شدن با آنها تفاوت دارند.

در دوره تخمک بارور، قبل از لانه گزینی، تراتوژن ها به ندرت تاثیر دارند. اگر تاثیر داشته باشند، توده ریز سلول ها چنان صدمه می بیند که از بین می رود. دوره رویانی زمانی است که نقایص جدی به احتمال زیاد روی می دهد زیرا شالوده تمام اندام های بدن ریخته شده است. در طول دوره جنینی صدمه تراتوژن ها معمولا جزئی است. با این حال، اندام هایی چون مغز، چشم ها و اندام های تناسلی هنوز هم می توانند عمیقا تحت تاثیر قرار گیرند.

زایمان

مراحل:

۱) گشاد شدن و محو شدن دهانه رحم (طولانی ترین مرحله زایمان که ۱۲ تا ۱۴ ساعت در زایمان اول طول میکشد و ۴ تا ۶ ساعت در زایمان بعدی)

۲) خارج شدن بچه : ۵۰ دقیقه زایمان اول و ۲۳ دقیقه زایمان های بعدی .

۳) خارج شدن جفت : که ظرف ۵ تا ۱۰ دقیقه جفت خارج میشود

در هنگام زایمان بچه سطح بالایی از هورمون استرس تولید میکند که سازگارانه است.

کورتیزول با فرستادن خون به مغز و قلب به بچه کمک میکند تا محرومیت از اکسیژن را تحمل کند. علاوه بر این ریه‌ها هرگونه مایع باقی مانده را جذب و مجرای نایژه‌ای گشاد و بچه برای تنفس آماده میشود.

هورمون‌های استرس بچه را برای هشیاری برانگیخته می‌کنند.

ارزیابی وضعیت جسمانی نوزاد: مقیاس آپگار

مقیاس آپگار: دکترها برای ارزیابی سریع وضعیت جسمانی نوزاد از مقیاس آپگار استفاده می‌کنند. نمره ترکیبی آپگار ۷ یا بیشتر نشان می‌دهد که بچه در وضعیت جسمانی خوبی است. اگر این نمره بین ۴ تا ۶ باشد، بچه برای تثبیت تنفس و علائم حیاتی دیگر به کمک نیاز دارد. اگر نمره ۳ یا کمتر باشد، بچه در معرض خطر جدی قرار داشته و به مراقبت پزشکی اضطراری نیاز دارد.

مقیاس آپگار یک دقیقه و ۵ دقیقه بعد از تولد انجام میشود. ۵ ویژگی رامی سنجد: ۱) ضربان قلب (۲) تلاش تنفسی (۳) تحریک پذیری بازتابی (۴) کشیدگی عضلانی (۵) رنگ پوست

حمایت اجتماعی عنصر مهمی در موفقیت روش‌های زایمان طبیعی است.

آنوکسی (تامین ناکافی اکسیژن در مدت زایمان): علت ۱۰٪ درصد فلج مغزی است.

فلج مغزی: اختلال در هماهنگی عضلانی که از صدمه مغزی قبل از زایمان - در طول آن - بعد از آن ناشی میشود.

بچه‌های نادرسی و زودرس:

زودرس: بچه‌هایی که ۳ هفته یا بیشتر قبل از پایان ۳۸ هفته کامل حاملگی متولد می‌شوند یا وزن آن‌ها کمتر از ۲/۵Kg است. وزن هنگام تولد بهترین پیش‌بینی برای بقا و رشد سالم بچه است.

بچه‌های نارس یا سبک تر از حد انتظار: با در نظر داشتن طول حاملگی کمتر از وزن مورد انتظار هستند.

از این دو نوع بچه‌های نارس معمولاً مشکلات جدی تری دارند.

در صورتی که صدمات تولد شدید نباشند، محیط خانوادگی حمایت‌کننده می‌تواند رشد کودکان را بازگرداند.

بچه‌هایی که بیش از ۶ هفته زودتر متولد میشوند، اختلالی دارند که نشانگان ناراحتی تنفسی (بیماری غشای شفاف) نامیده میشود که ریه‌ها نامناسب رشد کرده و کیسه‌های هوایی متلاشی میشوند و مشکلات تنفسی جدی به بار می‌آید

اگر بچه زودرس تحریک دریافت کند به افزایش وزن، الگوی خواب قابل پیش‌بینی تر و هشیاری بیشتر کمک میکند (در مراقبت کانگورویی) مادران احساس اطمینان در مورد مراقبت از بچه‌های خود پیدا می‌کنند، بهترین پیش‌بین در باره عملکرد خوب بچه‌های زودرس کیفیت محیط خانوادگی آنهاست.

توانایی‌های نوزاد

بازتاب: پاسخ فطری و خودکار به نوع خاصی از تحریک است. بازتاب‌ها واضح‌ترین الگوهای رفتار سازمان یافته‌ی نوزاد هستند.

برخی بازتاب‌ها ارزش بقا دارند. مانند بازتاب گونه که به بچه‌ای که از پستان مادر شیر می‌خورد کمک می‌کند تا نوک پستان مادر را پیدا کند.

تعدادی از بازتاب‌ها شالوده‌ای را برای مهارت‌های حرکتی پیچیده که بعداً رشد خواهند کرد تشکیل می‌دهند. بازتاب گام برداری به پاسخ راه رفتن ابتدایی شباهت دارد.

تعدادی از بازتاب‌های نوزاد

بازتاب	تحریک	پاسخ	سن ناپدید شدن	وظیفه
پلک زدن	نور درخشانی را به چشم‌ها بتابانید یا نزدیک سر دست بزنید.	بچه فوراً پلک‌های خود را می‌بندد.	دایمی	از بچه در برابر تحریک شدید محافظت می‌کند.
گونه	گونه را نزدیک به گوشه دهان نوازش کنید.	سر به سمت منبع تحریک می‌چرخد.	۳ هفتگی (در این زمان به صورت ارادی در می‌آید).	به بچه کمک می‌کند نوک پستان را پیدا کند.
مکیدن	انگشت خود را در دهان بچه قرار دهید.	بچه انگشت را به طور موزونی می‌مکد.	بعد از ۴ ماهگی مکیدن ارادی جایگزین آن می‌شود.	امکان تغذیه را فراهم می‌آورد.
مورو	بچه را به صورت افقی به پشت نگهدارید و اجازه دهید سر اندکی بیفتد، یا در مقابل سطحی که بچه را نگهداشته است صدای بلند ایجاد کنید.	بچه با خم کردن پشت، باز کردن پاها، بیرون بردن دست‌ها، به طرف بدن، حرکت در اغوش کشیدن را انجام می‌دهد.	۶ ماهگی	در گذشته تکاملی انسان، شاید به بچه کمک می‌کرده تا به مادر اویزان شود.
چنگ زدن	انگشت خود را در کف دست بچه قرار داده و قدری فشار دهید.	بچه به طور خودانگیخته انگشت را چنگ می‌زند.	۳ تا ۴ ماهگی	بچه را برای چنگ زدن ارادی آماده می‌کند.
تونیک گردن	در حالی که بچه در حالت بیدار به پشت دراز کشیده سر او را به یک طرف برگردانید.	یک بازو جلوی چشمان در طرفی که سر گردانده شده امتداد می‌یابد بازوی دیگر خم می‌شود.	۴ ماهگی	شاید کودک را برای دسترسی پیدا کردن آماده می‌کند.
گام برداری	بچه را از زیر بازو نگهدارید و اجازه دهید پاهای لخت او کف صافی را لمس کند.	بچه یک پا را بعد از دیگری به صورت گام برداشتن بلند می‌کند.	۲ ماهگی. در بچه‌هایی که به سرعت وزن کسب می‌کنند، در بچه‌های سبک‌تر ادامه می‌یابد.	بچه را برای راه رفتن ارادی آماده می‌کند.
بابنسکی	کف پا را از انگشت به سمت پاشنه نوازش کنید.	وقتی که پا به داخل خم می‌شود انگشتان از هم باز شده و به بیرون خم می‌شوند.	۸ تا ۱۲ ماهگی	نا مشخص

نوزادان روزی ۱۶ تا ۱۸ ساعت می‌خوابند. چرخه‌های خواب و بیداری آن‌ها بیشتر تحت تاثیر سیری - گرسنگی قرار دارد تا تاریکی و روشنایی.

انواع خواب کودک:

خواب با حرکات سریع چشم (REM): نامنظم است، فعالیت امواج مغزی شبیه حالات امواج بیداری است. چشم‌ها زیر پلک‌ها تکان می‌خورند. ضربان قلب، فشار خون و تنفس ناموزون هستند و حرکات جزئی بدن روی می‌دهند. ۵۰٪ زمان خواب نوزاد را تشکیل می‌دهد. بین ۳ تا ۵ سالگی این زمان به ۲۰٪ بزرگسالی کاهش می‌یابد.

خواب بدون حرکات سریع چشم (NREN): منظم است، بدن تقریباً بی حرکت است. ضربان قلب، تنفس و فعالیت امواج مغزی آهسته و موزون هستند. مشکلات عملکرد مغز که زیربنای بی نظمی خواب نوزاد هستند به نشانگان مرگ ناگهانی کودک منجر می‌شود.

بین ۴ تا ۲ ماهگی نشانگان مرگ ناگهانی کودک (SIDS) بیشتر، بازتابها کاهش، پاسخهای ارادی افزایش، ضعف تنفسی و عضلانی به آنها اجازه نمی‌دهد که رفتارهایی را اکتساب کنند که جایگزین بازتاب‌های دفاعی شود.

گریه - گریه‌ی بچه‌هایی که صدمه مغزی دیده‌اند و آنهایی که دچار عوارض پیش از تولد و تولد شده‌اند اغلب گوش‌خراش، تیز، و از نظر مدت کوتاه‌تر از بچه‌های سالم است.

پژوهش روی بچه‌پستان‌داران نشان می‌دهد: تماس جسمانی با آنها، اندروفین‌ها را که مواد شیمیایی مسکن در مغز هستند آزاد می‌کنند.

توانایی‌های حسی:

لامسه: حساسیت به لمس هنگام تولد کاملاً رشد یافته است. لمس کردن رشد جسمانی اولیه را تحریک می‌کند و برای رشد هیجانی نیز اهمیت دارد. نوزاد به لمس بخصوص در اطراف دهان، کف دستها و پاها پاسخ می‌دهد، در طول دوره پیش از تولد این مناطق همراه با اندام‌های تناسلی اولین مناطقی‌اند که به لمس حساس‌اند.

چشایی و بویایی: جلوه‌های صورت نشان می‌دهند که که نوزادان می‌توانند چند مزه اصلی را تشخیص دهند. تجربیات اولیه (مایع آمینوتیک) بر ترجیحات نوزادان تأثیری می‌گذارد، بوی مایع آمینوتیک مادر آرامبخش است و کودک آن را ترجیح می‌دهد.

شنوایی: نوزادان می‌توانند انواع صداها را بشنوند، اما حساسیت آنها ظرف چند ماه اول خیلی بهتر می‌شود. نوزادان بعد از تولد صداهای پیچیده مانند سر و صدا و صدای آدم‌ها را به اصوات صاف ترجیح می‌دهند.

بینایی: بینایی، کم‌رشد یافته‌ترین حس نوزاد است. ساختارهای بینایی در چشم و مغز هنوز کاملاً شکل نگرفته‌اند. نوزادان اشیا را در فاصله ۴ متری به همان وضوحی می‌بینند که بزرگسالان در فاصله ۱۸۳ متری درک می‌کنند. ۱ تا ۲ ماه طول میکشد که رنگ‌بینی در نوزادان بهبود یابد. توانایی تمرکز کردن و تیزی بینایی محدود هستند.

مقیاس ارزیابی رفتاری نوزاد: پرمصرف‌ترین آزمون ارزیابی رفتاری نوزاد، مقیاس ارزیابی رفتاری نوزاد NBAS برازلتون است، به پژوهشگران کمک میکند تا از قضاوت‌های فرهنگی در رفتار نوزادان آگاه شوند.

بازتاب‌ها، تغییرات حالت، پاسخ‌دهی به محرک‌های مادی و اجتماعی، و واکنش‌های دیگر را ارزیابی می‌کند. ابزار دیگری مواد مشابهی را شامل می‌شود، مقیاس عصبی - رفتاری شبکه بخش مراقبت‌های ویژه نوزاد است.

نکته: در حال حاضر، پرمصرف‌ترین تراتوژن قوی، **آکوتان** است که برای درمان آکنه مصرف می‌شود.

دراواخر حاملگی مادران تولید هورمون **اکسی توسین** را آغاز می‌کنند که انقباض رحم را تحریک و پستانها شیرآزاد می‌کنند و موجب خلق آرام میشود و پاسخدهی به بچه را افزایش میدهد.

افزایش پرولاکتین و استروژن در زنان و کاهش آندروژن در مردان با واکنش هیجانی مثبت با نوزاد ارتباط دارد.

فصل دوازدهم: رشد هیجانی و اجتماعی در نوجوانی



- ✓ نظریه اریکسون: هویت در برابر سردرگمی نقش
- ✓ خودآگاهی
- ✓ رشد اخلاقی
- ✓ دسته بندی جنسیتی
- ✓ خانواده
- ✓ روابط همسالان
- ✓ مشکلات رشد

نظریه اریکسون: هویت در برابر سردرگمی نقش

اریکسون اولین کسی بود که هویت را به عنوان پیشرفت مهم شخصیت نوجوان و گامی مهم به سمت تبدیل شدن به بزرگسال ثمر بخش تشخیص داد. تشکیل هویت عبارت است از اینکه مشخص کنید چه کسی هستید، برای چه چیزی ارزش قایلید و تصمیم گرفته اید چه مسیری را در زندگی دنبال کنید. اریکسون تعارض روان شناختی نوجوانی را **هویت در برابر سردرگمی نقش** نامید. نتایج موفقیت آمیز مراحل قبلی، زمینه را برای حل مثبت این تعارض آماده می‌کنند.

نوجوانانی که با احساس اعتماد ضعیف به نوجوانی می‌رسند، در یافتن آرمانهایی که بدان‌ها معتقد باشند، مشکل دارند. انهایی که **خود مختاری** یا **ابتکار عمل** کمی دارند، برای انتخاب کردن از بین گزینه‌ها، تلاش لازم به خرج نمی‌دهند و انهایی که فاقد احساس **سخت کوشی** هستند، نمی‌توانند شغلی را پیدا کنند که با تمایلات و مهارت‌های آنها جور باشد.

به عقیده اریکسون نوجوانان در جوامع پیچیده دستخوش بحران هویت می‌شوند - یک دوره موقت پریشانی که هنگام امتحان کردن گزینه‌ها، قبل از امتحان کردن ارزشها و اهداف، دچار آن می‌شوند. نظریه پردازان جدید با اریکسون موافقت می‌کنند که تردید کردن درباره‌ی ارزشها، برنامه و اولیت‌ها برای هویت پخته لازم است ولی این فرآیند را ((بحران)) نمی‌خوانند.

اریکسون پیامد منفی نوجوانی را **سردرگمی نقش** نامید. اگر تعارضهای قبلی نوجوانان به صورت منفی حل شده باشند ممکن است فرد برای چالش‌های روان شناختی بزرگسالی آماده نداشته باشد. برای مثال: نوجوانانی که خودپنداره (هویت) محکمی ندارند که بتوانند به آن روی آورند، ممکن است در مرحله‌ی اوایل بزرگسالی (جوانی) اریکسون نتوانند با دیگران صمیمی باشند.

خود آگاهی

کودکان در اواسط کودکی خود را بر حسب صفات شخصیت توصیف میکنند، اما با اظهارات شخصی نوجوانی مرتبط نیستند و اغلب توضیحات متضادی را در بردارند، این تضادها از فشارهای اجتماعی برای نشان دادن خودهای متفاوت در روابط گوناگون حاصل میشوند.

بینش نوجوانان در طول دوره نوجوانی پیچیده تر، سازمان یافته تر و با ثبات تر می‌شود. نوجوانان در مقایسه با کودکان خردسال، به ارزیابی انواع جنبه‌های خود (self) می‌پردازند. تغییرات در خود پنداره و عزت نفس، زمینه را برای پرورش هویت شخصی یکپارچه آماده می‌سازد.

تغییرات در خود پنداره. از اواسط تا اواخر نوجوانی، تغییرات شناختی، نوجوانان را قادر می‌سازند تا صفات خود را در یک سیستم سازمان یافته ترکیب کنند. نوجوانان در مقایسه با کودکان دبستانی، بر فضائل اجتماعی بیشتر تاکید می‌کنند.

تغییرات در عزت نفس. در دوره نوجوانی، متمایز شدن عزت نفس که جنبه ارزیابی کننده خودپنداره است، ادامه می‌یابد. سطح عزت نفس نیز تغییر می‌کند. عزت نفس پایین در تمام زمینه‌ها با مشکلات سازگاری ارتباط دارد.

سطح اعتماد به نفس هنگام انتقال از یک مقطع تحصیلی به مقطع دیگر به طور موقتی کاهش می‌یابد و غیر از این در اغلب موارد در نوجوانان افزایش می‌یابد. نوجوان شدن به احساس غرور و اعتماد به نفس می‌انجامد.

راه‌هایی به سوی هویت. پژوهشگران با استفاده از روش مصاحبه بالینی که جیمز مارسیا آن را ابداع کرد یا با پرسشنامه‌های کوتاه، پیشرفت در تشکیل هویت را بر اساس دو ملاکی که از نظریه‌ی اریکسون به دست آمده است، ارزیابی می‌کنند: کاوش و احساس تعهد. بر این اساس، ۴ ترکیب مختلف داریم:

۱- **کسب هویت:** احساس تعهد نسبت به ارزش‌ها، عقاید، و هدف‌ها بعد از یک دوره کاوش

۲- **وقفه هویت:** کاوش بدون رسیدن به احساس تعهد

۳- **ضبط هویت:** احساس تعهد بدون کاوش

۴- **پراکندگی هویت:** حالت بی تفاوتی که مشخصه آن فقدان کاوش و احساس تعهد است.

۱. **کسب هویت:** افرادی که به هویت دست یافته اند، قبلاً گزینه ها را کاوش کرده و خود را به یک رشته ارزش ها و اهدافی که خودشان آنها را برگزیده اند، متعهد می دانند. آنها احساس سلامت روانی می کنند، در طول زمان از احساس یکسانی برخوردارند و می دانند راه به کجا می برند. (کاملاً مطمئن هستیم که فلان شغل برای من بهترین گزینه است ...)

۲. **وقفه هویت:** به معنای حالت تاخیر یا تعویق است. این افراد هنوز احساس تعهد قطعی ندارند. آنها در جریان کاوش کردن هستند. اطلاعاتی را گردآوری و فعالیت هایی را امتحان می کنند، به این امید که ارزش ها و اهدافی را برای هدایت کردن زندگی خود پیدا کنند. (در عقاید مذهبی خود تردید عجیبی دارم و هنوز نمیتوانم پاسخ خیلی از سوالاتم را بدانم ...)

۳. **ضبط هویت:** این افراد بدون کاوش کردن گزینه ها، خود را به ارزش ها و اهدافی متعهد ساخته اند. آنچه خانواده و دیگران به آن پایبند هستند مبنای هویت آنان است. آنها هویت حاضر و آماده ای را پذیرفته اند که صاحبان قدرت (معمولاً والدین و گاهی اوقات معلمان، رهبران مذهبی، یا معشوق های رمانتیک) برای آنها انتخاب کرده اند. (خانواده ما این طور فکر می کند ...)

۴. **پراکندگی هویت:** این افراد فاقد جهت گیری روشنی هستند. آنها نه به ارزش ها و اهداف پایبند هستند و نه به طور فعال برای کسب آنها تلاش می کنند. ممکن است که اصلاً گزینه ها را کاوش نکرده یا این تکلیف را بسیار تهدید کننده و طاقت فرسا بدانند. (نمی دانم، خیلی مهم نیست، میتوانم هم فلان چیز را بپذیرم و هم نپذیرم)

وضعیت هویت و سلامت روان شناختی. کسب هویت و وقفه هویت از لحاظ روانشناختی مسیرهای سالمی به سمت هویت پخته هستند. ضبط هویت و پراکندگی هویت بلندمدت نیز ناسازگارانه اند. نوجوانانی که کسب هویت کرده و یا آن را کاوش می کنند، عزت نفس بیشتری دارند و احساس کنترل بیشتری بر زندگی دارند و نیز از لحاظ استدلال اخلاقی پیشرفته تر هستند.

نوجوانانی که در وضعیت ضبط یا پراکندگی هویت گیر کرده اند، هنگام روبرو شدن با مسائل هویت، منفعل هستند و مشکلات سازگاری دارند. افراد دارای هویت ضبط شده، روش شناختی متعصبانه و انعطاف ناپذیر دارند که به موجب آن ارزش ها و عقاید والدین و دیگران را بدون ارزیابی سنجیده، درونی می کنند و به روی اطلاعاتی ممکن است وضعیت آن ها را تهدید کنند، بسته هستند.

افرادی که برای مدت طولانی دستخوش پراکندگی هستند از لحاظ رشد هویت کمترین پختگی را دارند. آن ها معمولاً از روش شناختی پراکنده - دوری جو استفاده می کنند که به موجب آن از پرداختن به تصمیم گیری ها و مشکلات شخصی دوری می کنند و به جای آن، به فشارهای موقعیتی جاری اجازه می دهند که واکنش های آن ها را تعیین کنند. نتیجتاً، این افراد شعار "خواهی نشوی رسوا، هم رنگ جماعت شو" را سرلوحه کار خود قرار می دهند. آنها دچار مشکلات مدیریت زمان و تحصیلی می شوند و به احتمال بسیار زیادی بیشتر از دیگران گرفتار مصرف و سوء مصرف داروها و مواد می شوند. معمولاً در عمق بی تفاوتی آنها نوعی احساس "ناامیدی درباره آینده" وجود دارد.

عوامل موثر بر تشکیل هویت: وضعیت هویت، علت و معلول شخصیت است:

نوجوانانی که فکر می کنند واقعیت مطلق همیشه دست یافتنی است، به هویت ضبطی گرایش دارند.

نوجوانانی که تردید دارد اصلاً درباره چیزی به یقین برسند، به هویت پراکنده گرایش دارند.

نوجوانانی که می دانند برای انتخاب کردن از بین گزینه ها می توانند از ملاک های منطقی استفاده کنند، به وضعیت وقفه یا کسب هویت قرار گرایش دارند.

نوجوانانی که احساس می کنند به والدین خود دلبسته هستند، و در عین حال آزادند تا عقاید خود را بیان کنند، در حالت وقفه یا کسب هویت قرار دارند.

نوجوانانی که هویت ضبطی دارند، معمولاً ارتباط نزدیکی با والدین خود دارند اما از فرصت های لازم برای جدایی سالم بی بهره اند.

نوجوانانی که هویت پراکنده دارند، از پایین ترین سطح حمایت و صمیمیت والدین و ارتباط آزاد و بی پرده خبر می دهند.

مقایسه دوره های لوینسون - وایلانیت - اریکسون: (فصل ۱۴ لورا برک)

مرحله رشد	اریکسون	لوینسون	ویلانیت
اوایل بزرگسالی ۲۰-۴۰ سالگی	صمیمیت در برابر انزوا	<ul style="list-style-type: none"> انتقال به اوایل بزرگسالی ورود به ساختار زندگی مخصوص اوایل بزرگسالی انتقال سی سالگی به اوج رسیدن ساختار زندگی در اوایل بزرگسالی 	صمیمیت تحکیم شغل
میانسالی ۴۰-۶۵	زاینده‌گی در برابر رکود	<ul style="list-style-type: none"> انتقال میانسالی ورود به ساختار زندگی مخصوص میانسالی انتقال ۵۰ سالگی به اوج رسیدن ساختار زندگی در میانسالی 	زاینده‌گی محافظ ارزش‌ها
اواخر بزرگسالی ۶۵ سالگی تا مرگ	انسجام در برابر ناامیدی	<ul style="list-style-type: none"> انتقال اواخر بزرگسالی اواخر بزرگسالی 	انسجام خود

رشد اخلاقی

پیاژه براساس نظر کودکان ۵ تا ۱۳ ساله درباره منشأ مقررات و قضاوت اخلاقی آن‌ها درباره رفتار شخصیت‌ها در داستان‌ها، دو مرحله‌ی اصول اخلاقی گسترده را مشخص کرد:

مرحله اول: اصول اخلاقی **دگر مختار**، تقریباً از ۱۵ تا ۱۰ سالگی ادامه دارد. به طوری که از کلمه دگر مختار (یعنی تحت اختیار دیگری) بر می‌آید، کودکان تصور می‌کنند که مقررات را صاحبان قدرت (خدا، والدین، معلمان) به صورت دائمی و تغییر ناپذیر وضع می‌کنند و حتماً باید از آن‌ها اطاعت کرد. در ضمن آن‌ها هنگام قضاوت کردن درباره غلط بودن یک عمل، به جای قصد صدمه زدن روی پیامدها تمرکز می‌کنند.

مرحله دوم: هنگامی که کودکان به نوجوانی می‌رسند وارد مرحله اصول اخلاقی **خود مختار** می‌شوند. اکنون آن‌ها دیگر مقررات را به صورت ثابت در نظر نمی‌گیرند، بلکه به صورت اصول انعطاف‌پذیری می‌انگارند که در مورد آن‌ها توافق اجتماعی صورت گرفته و در صورت لزوم می‌توانند تغییر کنند. کودکان بزرگتر و نوجوانان، از معیار عدالتی به نام معامله به مثل ایده آل استفاده می‌کنند. آنها به همان اندازه که به رفاه خود اهمیت می‌دهند برای رفاه دیگران نیز اهمیت قایلند (قانون طلایی).

افراد در این مرحله می‌فهمند که قصدها، نه فقط پیامدها، باید مبنایی برای قضاوت کردن رفتار باشند. پیاژه معتقد بود که این پیشرفت در قضاوت اخلاقی براساس پیشرفت در درک دیدگاه دیگران استوار است که از رشد شناختی و فرصت تعامل کردن با همسالان حاصل می‌شود.

برداشت پیاژه از کودکان خردسال به صورت موجودات انعطاف‌ناپذیر، بیرونی و متمرکز بر پیامدهای مادی، توانایی‌های اخلاقی آن‌ها را دست کم می‌گیرد. **نظریه رشد اخلاقی کلبرگ:** نظریه جامع‌تر کلبرگ تداوم مستقیم پژوهش پیاژه است. کلبرگ شش مرحله مجزای رشد اخلاقی را مشخص کرد که ۳ مرحله از آن‌ها بعد از پیدایش اصول اولیه اخلاقی خودمختار شکل می‌گیرند. کلبرگ برای بررسی رشد اخلاقی، از روش مصاحبه بالینی استفاده کرد که در آن به پسرهای ۱۰ تا ۱۶ سال مسائل اخلاقی را ارائه می‌داد؛ داستان‌هایی که تضاد بین دو ارزش اخلاقی را نشان می‌دادند. کلبرگ تأکید کرد که نحوه‌ای که فرد درباره این مسئله استدلال می‌کند نه محتوای پاسخ (این که آیا دزدی شود یا نشود) پختگی اخلاقی را تعیین می‌کند.

مراحل درک اخلاقی کلبرگ: {کلبرگ ۶ مرحله خود را در ۳ سطح کلی رشد اخلاقی سازمان داد.}

سطح پیش عرفی (پیش قراردادی): اصول اخلاقی به صورت بیرونی کنترل می‌شوند. مانند مرحله دگر مختار پیاژه، کودکان مقررات صاحبان قدرت را می‌پذیرند و اعمال را به وسیله پیامدهای آن ارزیابی می‌کنند. رفتارهایی که بر تنبیه منجر می‌شوند، بد؛ و آنهایی که به پاداش می‌انجامند، خوب در نظر گرفته می‌شوند.

مرحله ۱/جهت‌گیری تنبیه و اطلاعات: آن‌ها مقاصد افراد را نادیده گرفته و در عوض، به عنوان دلایلی برای رفتار کردن به صورت اخلاقی، روی ترس از صاحبان قدرت و از اجتناب از تنبیه تمرکز می‌کنند.

مرحله ۲/جهت‌گیری هدف وسیله‌ای: آن‌ها عمل درست را ناشی از نفع شخصی خودشان می‌دانند و مقابله به مثل را به صورت لطف برابر درک می‌کنند ((تو این کار را برای من بکن و من آن را برای تو خواهم کرد.))

سطح عرفی (قراردادی) در این سطح افراد کماکان اطاعت از مقررات اجتماعی را مهم می‌دانند ولی نه به دلیل نفع شخصی.

آن‌ها معتقدند که حفظ کردن نظام اجتماعی موجود، روابط مثبت و منظم اجتماعی را تضمین می‌کند.

مرحله ۳/جهت‌گیری "پس‌خوب - دختر خوب"، یا اصول اخلاقی همکاری بین فردی: میل به اطاعت کردن از مقررات به خاطر این که به هماهنگی اجتماعی کمک می‌کند، ابتدا در بستر روابط شخصی نزدیک نمایان می‌شود. افراد در مرحله ۳ می‌خواهند با آدم خوب بودن، محبت و تایید دوستان و خویشاوندان را حفظ کنند.

مرحله ۴/جهت‌گیری حفظ کردن نظم اجتماعی: در این مرحله فرد دیدگاه بزرگتری را به حساب می‌آورد-دیدگاه قوانین اجتماعی. گزینه‌های اخلاقی دیگر به روابط نزدیک با دیگران وابسته نیستند. در عوض، مقررات باید به صورت یکسان در مورد همه اجرا شوند و هر عضو جامعه وظیفه دارد که از آن‌ها اطاعت کند. افراد در مرحله ۴ معتقدند که هرگز نباید از قوانین سرپیچی کرد.

سطح پس عرفی یا اخلاقی (پسا قراردادی): در این سطح افراد از حمایت بی چون و چرای مقررات و قوانین جامعه خود فراتر می‌روند. آن‌ها اصول اخلاقی را بر حسب اصول و ارزشهای انتزاعی که در مورد تمام موقعیت‌ها و جوامع به اجرا گذاشته می‌شوند، تعریف می‌کنند.

مرحله ۵/جهت‌گیری قرارداد اجتماعی: افراد در مرحله ۵، قوانین و مقررات را به صورت وسایل انعطاف‌پذیری برای پیشبرد اهداف انسان در نظر می‌گیرند. آن‌ها می‌توانند گزینه‌های دیگری را برای نظم اجتماعی خود تجسم کنند و برای تعبیر کردن و تغییر دادن قانون بر روش‌های عادلانه تاکید می‌کنند.

مرحله ۶/جهت‌گیری اصول اخلاقی همگانی در این مرحله ی آخر عمل درست به وسیله ی اصول اخلاقی خودگزیده‌ی وجدان تعریف می‌شود که برای همه افراد، صرف نظر از قانون و توافق اجتماعی، معتبر هستند. این ارزش‌ها انتزاعی هستند نه مقررات اخلاقی عینی.

افراد معدودی از مرحله ۴ فراتر می‌روند. در واقع اصول اخلاقی پس عرفی به قدری نادر است که شواهد روشنی وجود ندارند که نشان دهند مرحله ۶ کلبرگ واقعا بعد از مرحله ۵ رخ می‌دهد. این چالش مهمی را برای نظریه کلبرگ ایجاد می‌کند.

✓ کلبرگ معتقد بود که مراحل محصول طرح ژنتیکی و اجتماعی شدن نیستند و از تفکر خود ما درباره مسائل اخلاقی سرچشمه می‌گیرند.

✓ طرفداران نظریه یادگیری اجتماعی به ویژه والتر میشل، بندورا، آرون فرید رفتار اخلاقی را تحت تاثیر شرطی سازی کنشگر و یادگیری مشاهده ای میدانند.

✓ در دیدگاه کلبرگ عمده ترین تحول اخلاقی در نوجوانان انتقال از اخلاق پیش عرفی به سطح عرفی است.

ایا در استدلال اخلاقی تفاوت های جنسی وجود دارد؟

کارول گیلیگان معروف ترین کسی است که اعتقاد دارد نظریه کلبرگ - که در آغاز براساس مصاحبه با مردان تدوین شد، اصول اخلاقی دختران و زنان را به طور مناسبی نشان نمی‌دهد. گیلیگان باور دارد که اصول اخلاقی زنانه بر ((اخلاق اهمیت دادن به دیگران)) تاکید دارد که نظام کلبرگ ارزش آن را کاهش داده است. گیلیگان ادعای محکمی می‌کند مبنی بر این که توجه خیلی زیاد به حقوق و عدالت (آرمان مردانه) و توجه خیلی کم به اهمیت دادن و حساسیت متقابل (آرمان زنانه) پژوهش درباره رشد اخلاقی را محدود کرده اند.

عوامل تاثیر گذار بر استدلال اخلاقی

چندین عامل، از جمله روش‌های فرزند پروری، تحصیلات، تعامل با همسالان و فرهنگ بر درک اخلاقی تاثیر می‌گذارند.

روش‌های فرزند پروری. همچون دوران کودکی، شیوه‌های فرزند پروری مرتبط با بلوغ اخلاقی در جوانی، صمیمیت، تبادل نظر و درخواست‌های مناسب برای پختگی را ترکیب می‌کنند. نوجوانانی که در درک اخلاقی خیلی رشد می‌کنند، والدینی دارند که به بحث‌های اخلاقی می‌پردازند، رفتار نوع دوستانه را ترغیب می‌کنند.

تحصیلات. سال‌های تحصیلات، پیش بین قدرتمندی برای پیشرویی به مرحله ۴ یا بالاتر کلبرگ است. تحصیلات عالی، نوجوان را با مسائل اجتماعی آشنا می‌کند که از روابط شخصی فراتر رفته و کل گروه‌های سیاسی و فرهنگی را دربر می‌گیرد.

تعامل همسالان. تعامل بین همسالانی که نقطه نظرهای مختلفی را ابراز می‌کنند به درک اخلاقی کمک می‌کند.

فرهنگ. افراد در کشورهای صنعتی، سریع‌تر از کسانی که در جوامع روستایی زندگی می‌کنند و به ندرت از مرحله ۳ کلبرگ فراتر می‌روند، به سطح بالاتر می‌رسند و پیشرفت می‌کنند. یک توضیح برای این تفاوت فرهنگی این است که در جوامع روستایی، تشریک مساعی اخلاقی بر مبنای روابط مستقیم بین افراد استوار است و امکان

رشد درک اخلاقی پیشرفته (مراحل ۴ تا ۶) را که به درک نقش ساختارهای اجتماعی بزرگ تر، مانند قوانین و نهادهای حکومتی بستگی دارد، فراهم نمی‌آورد.

هویت اخلاقی عبارت است از درجه ای که اصول اخلاقی برای خود پنداره اهمیت دارد. هویت اخلاقی بر رفتار اخلاقی نیز تاثیر می‌گذارد.

چالش های بیشتر برای نظریه کلبگ. گرچه شواهد زیادی با رویکرد شناختی - رشدی به اصول اخلاقی هماهنگ هستند، اساسی ترین مخالفت از جانب پژوهشگرانی است که با اشاره به تنوع زیاد در استدلال اخلاقی در موقعیت های مختلف، ادعا می کنند توالی مرحله ای کلبگ به طور نامناسبی اصول اخلاقی را در زندگی روزمره توجیه می کند. این پژوهشگران طرفدار کنار گذاشتن مراحل کلبگ به نفع **رویکرد عمل گرایانه به اصول اخلاقی** هستند. بر طبق دیدگاه عمل گرایانه، قضاوت های اخلاقی روزمره، به جای اینکه تلاش هایی برای رسیدن به راه حل های عادلانه باشند، ابزارهای عملی هستند که افراد برای رسیدن به اهداف خود استفاده می کنند.

دسته بندی جنسیتی. فرارسیدن نوجوانی معمولاً با تشدید جنسیت همراه است - **افزایش کلیشه سازی جنسیتی نگرش ها و رفتار، و پیشروی به سمت هویت جنسیتی سنتی تر.** در صورتی که تشدید جنسیتی وجود داشته باشد به نظر می رسد که برای دخترهای نوجوان قوی تر باشد. تشدید جنسیت در اواخر نوجوانی کاهش می یابد، ولی تمام افراد به میزان یکسان از آن فراتر نمی روند. نوجوانانی که ترغیب می شوند گزینه های دسته بندی نشده جنسیتی را دنبال کنند و ارزش کلیشه های جنسیتی را در مورد خود و جامعه زیر سوال ببرند، به احتمال بیشتری **هویت دو جنسیتی** تشکیل می دهند. در مجموع نوجوانان دو جنسیتی، به ویژه دخترها، از لحاظ روانشناختی سالم ترند - اعتماد به نفس بیشتری دارند، بیشتر تمایل دارند که نظر خود را بیان کنند، همسالان آنها را بیشتر دوست دارند و هویت کسب می کنند.

خانواده

رشد در دوره نوجوانی بیشتر از دومین سال زندگی که استقلال موضوع مهمی برای کودک میشود، تلاش برای خودمختاری را در بردارد. نوجوانان می خواهند خود را به عنوان افراد خودگردان تثبیت کنند. مهمترین کاری که نوجوانان برای خودگردانی بیشتر انجام میدهند تغییر جهت دادن از خانواده به سمت همسالان است. بعد از اینکه نوجوانان والدین خود را آرمان زدایی میکنند دیگر مانند گذشته در برابر آنها سر فرود نمی آورند. در طول دوره نوجوانی، تلاش برای استقلال - برداشت از خویشتن به عنوان فردی مجزا و خود مختار، تکلیف برجسته ای می شود.

استقلال دو جنبه حیاتی دارد:

عنصر هیجانی - اتکای بیشتر بر خود و کمتر بر والدین برای کمک و راهنمایی.

عنصر رفتاری - تصمیم گیری های مستقل به وسیله ارزیابی دقیق قضاوت خویش و توصیه های دیگران برای رسیدن به راهکاری معقول.

روابط والد فرزند. رشد شناختی زمینه را برای استقلال آماده می سازد: نوجوانان به تدریج مسائل را حل می کنند و تصمیمات موثرتری می گیرند. همچنین، توانایی بهتر در فکر کردن به روابط اجتماعی، باعث می شود که نوجوانان والدین خود را آرمان زدایی کنند و آنها را به صورت افراد عادی در نظر بگیرند.

روابط همسالان. وقتی از نوجوانان درباره معنی دوستی جویا شویم، آنها بر سه ویژگی تاکید می کنند. مهم ترین آن، **صمیمیت یا نزدیکی روانشناختی** است که با درک متقابل ارزش ها، عقاید و احساسات یکدیگر تأیید می شود. به علاوه نوجوانان بیشتر از کودکان می خواهند دوستان آنها **وفادار** باشند. وقتی صداقت و قابل اعتماد بودن افزایش می یابد، خود افشاگری بین دوستان در سال های نوجوانی افزایش می یابد.

نوجوانان می گویند وقتی که با دوستانشان هستند مطلوب ترین خلق را دارند.

تعداد دوستان در اوایل نوجوانی از تقریباً ۴ تا ۶ دوست به یک یا دو دوست در بزرگسالی کاهش می یابد.

نوجوانان برخلاف کودکان در برابر دوستانشان کمتر احساس مالکیت میکنند.

تفاوت های جنسی در روابط دوستی. صمیمیت عاطفی در روابط دوستی دخترها بیشتر از پسرهاست، دخترها غالباً برای فقط صحبت کردن و پسرها معمولاً برای فعالیت دورهم جمع میشوند.

دخترها از طریق دوستی نیازهای اجتماعی و مشترک خود و پسرها نیاز مقام و تسلط را ارضا میکنند.

روابط دوستی و سازگاری. تا وقتی روابط دوستی نوجوانان از نظر اعتماد، در میان گذاشتن صمیمانه احساسات و عقاید، در سطح بالا باشد و پرخاشگری رابطه ای، یا کشیده شدن به سمت رفتار ضد اجتماعی مشخصه آن نباشد، به چند جنبه از سلامت روانشناختی و شایستگی تا اوایل بزرگسالی کمک می کند. دلایل آن عبارتند از:

روابط دوستی صمیمانه فرصت هایی را برای کاوش خود و پرورش دادن درک عمیق دیگران فراهم می آورد.

روابط دوستی صمیمانه شالوده ای را برای روابط صمیمانه آینده تأمین می کند.

روابط دوستی صمیمانه به نوجوانان کمک می کند تا از عهده استرس های نوجوانی بر آیند.

روابط دوستی صمیمانه می تواند نگرش نسبت به مدرسه و عملکرد تحصیلی را بهبود بخشد.

دار و دسته ها و جماعت ها. گروه های نوجوان در دار و دسته ها سازمان می یابند که عبارتند از گروه های کوچک متشکل از ۵ تا ۷ عضو که دوستان صمیمی هستند ولی در اواسط نوجوانی گروه های مختلط شایع میشوند.

پیروی از همسالان. والدین بر ارزشهای بنیادی زندگی و برنامه های تحصیلی نوجوانان تاثیر بیشتری دارند، همسالان در مسائل روزمره مانند لباس، موسیقی و انتخاب دوستان بانفوذترند.

✓ فرزند پیروی مقتدرانه با مقاومت در برابر فشار همسالان ارتباط دارد.

✓ نوجوانانی که رفتارهای افراطی والدین را تجربه می کنند-کنترل خیلی کم یا خیلی زیاد- شدیداً به سمت همسالان گرایش دارند.

مشکلات رشد

افسردگی شایع ترین مشکل روانشناختی نوجوانی است. تقریباً ۱۵ تا ۲۰ درصد نوجوانان یک یا چند دوره ی افسردگی اساسی داشته اند. دختران نوجوان در برابر پسرها از خلق افسرده مداوم خبر می دهند.

نوجوانان افسردگی را به شیوه های متفاوتی نشان میدهند. برخی بیش از حد در خود فرو رفته میشوند و به رفتارهای بیقرار و بی هدف می پردازند، برخی افسردگی را از طریق خصومت و سرکشی نشان میدهند که روابط را مختل و افسردگی را عمیق تر میکند.

عوامل مرتبط با افسردگی. عوامل ارثی، سبک اسنادی درماندگی اموخته شده، رویداد های آسیب زا.

تفاوت های جنسی. رویدادهای زندگی استرس زا و سبک های مقابله کردن دسته بندی شده جنسیتی، تا حدی موثر هستند. دخترهایی که زود بالغ می شوند خیلی مستعد افسردگی هستند.

شباهت بین افسردگی های نوجوانان و بزرگسالان در افسردگی های عمیق بیشتر است که در این نوع افسردگی عامل وراثت نقش تعیین کننده ای دارد .

در نوع دیگر افسردگی عوامل روانشناختی نقش عمده تری دارد که در نوع اول آن نوجوانان احساس خلا و پوچی میکنند بدین معنا که دوران کودکی را پشت سرگذارد ولی هنوز شخصیت بزرگسال را جایگزین نکرده اند .

در نوع دوم که افسردگی عمق بیشتری دارد شامل نوجوانانی است که علیرغم تلاش ها به کرات با شکست مواجه شده اند و دچار نوعی درماندگی اکتسابی شده اند. تمایل به خودکشی در بین این نوجوانان افزایش می یابد چون والدین برای تلاش های آنها امتیازی قائل نیستند.

خودکشی. میزان خودکشی از کودکی تا پیری افزایش می یابد ولی در نوجوانی ناگهانی بالا می رود.

عوامل مرتبط با خودکشی نوجوانان. وجود پسرهایی که خود را می کشند از دخترها بیشتر است. دختر ها اقدامات خودکشی ناموفق تری می کنند. **خودکشی در**

دو تیپ از نوجوانان روی می دهد. گروه اول نوجوانان بسیار باهوشی را شامل می شود که تنها و منزوی هستند و نمی توانند معیارهای عالی خود یا افراد مهم در زندگی خویش را برآورده کنند. افراد گروه دوم که گروه بزرگ تری است، گرایش های ضد اجتماعی دارند و ناخشنودی خود را از طریق تهدید و ارباب و نشان می دهند.

چرا خودکشی در نوجوانی افزایش می یابد؟ به نظر می رسد که یک عامل، توانایی بهتر نوجوانان در برنامه ریزی از پیش باشد. گرچه برخی نوجوانان به صورت تکانشی عمل می کنند، ولی بسیاری از آنها گام های هدفمندی را به سمت کشتن خودشان بر می دارند. تغییرات شناختی نیز مشارکت دارند. اعتقاد به **افسانه شخصی** باعث می شود که بسیاری از نوجوانان افسرده نتیجه بگیرند که هیچ کس نمی تواند رنج شدید آنها را درک کند در نتیجه یاس و ناامیدی و انزوای آنها عمیق می شود. نکته: تشدید جنسیت در اوایل نوجوانی به چند دلیل روی می دهد، تغییرات جسمانی و شناختی باعث می شوند که نوجوانان خود را به شیوه های مرتبط با جنسیت در نظر بگیرند و فشارهای نقش یابی جنسی از جانب والدین و همسالان افزایش می یابند.

اعتیاد : هنری ماسن و همکاران دلیل اعتیاد در بین نوجوانان را به عوامل (۱) فشار گروه همسالان (۲) روابط خانوادگی (۳) گریز از فشار زندگی (۴) اختلال هیجانی (۵) از خود بیگانگی یا طرد اجتماعی مرتبط می دانند.

در خانواده های مقتدر که به فرزندان خود استقلال اعطا میکنند گرایش به مواد کمتر است. برعکس در خانواده های مستبد، متخاصم و سهل انگار اعتیاد افزایش می یابد. گاه مصرف مواد به عنوان راهی برای عصیان یا جلب توجه والدین است .

بزهکاری : بزهکار به فرد ۱۳ الی ۱۸ ساله ای اطلاق میشود که مرتکب عمل خلاف قانون شده باشد. درصد بزهکاری در اوایل نوجوانی افزایش در اواسط آن ثابت و در اواخر نوجوانی سیر نزولی دارد. پسران غالباً دست به اعمالی چون دزدی، سرقت، قتل یا تجاوز جنسی میزنند و دختران به جرایمی چون دزدی اشیا از مغازه، فرار از منزل، داشتن روابط نامشروع مبادرت می ورزند.

علل بزهکاری : فقر اقتصادی، ساختار اجتماعی و زمینه موروثی و فیزیولوژیکی دختران بزهکار از افکار رویایی خاصی برخوردارند، انتظار دارند که توسط شخص خاصی از منجلاب زندگی نجات پیدا کنند، آنها به افسانه سیندرلا اعتقاد دارند .

فقدان نظارت خانوادگی مهمترین عامل در ایجاد بزهکاری است.

❖ نکات تکمیلی:

اسکیزوفرنی : شایعترین اختلال روان‌پریشی در بین نوجوانان است.

در بین کودکان و نوجوانان پسر بیشتر از دختر است ولی شروع آن در زنان بزرگسال بیشتر از مردان است.

تشخیص در شکل‌های پیشرفته آن آسانتر از نخستین مراحل است چون گفتار فرد ماهیتی نامانوس و تصنعی دارد و جملات وی رابطه منطقی ندارند، حالت چهره عجیب و غریب است و به نظر آشفتگی و منزوی و حواس‌پرت می‌رسند و واکنش‌های هیجانی آنها با شرایط موجود تناسب ندارد و بسیاری از آنان توهم شنیداری دارند و در تفکر آنها هذیان عجیب و غریب دیده می‌شود .

تشخیص در نخستین مراحل دشوار است. زیرا برخی از نشانه‌های وجود اسکیزوفرنی در بزرگسالان جز ویژگی‌های عادی در نوجوانان است. مثل: اشتغال ذهنی با مفاهیم انتزاعی، هشیاری آگاهانه نسبت به تخیلات جنسی و پرخاشگری و اعتقاد به اینکه دیگران درباره او صحبت می‌کنند .

دلیل اصلی در ایجاد اسکیزوفرنی عوامل زیست‌شناختی و موروثی است .

اختلال خوردن : فریبی که به دلیل پرخوری ایجاد شود و در آینده مشکلات عدیده‌ای را ایجاد می‌کند.

دو نوع دیگر از اختلالات خوردن بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی است که در بین دختران نوجوان به مراتب شایعتر است. ۹۵ درصد از این موارد را دختران تشکیل می‌دهند.

وزن مبتلایان به بی‌اشتهایی روانی به دلیل اجتناب از خوردن به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. این افراد فاقد یک خودپنداره مستقل هستند و از ساختار بدن خود ادراک درستی ندارند. عده‌ای بر این باورند که این دختران ممکن است نیاز به استقلال طلبی را با تسلط و کنترل وزن بدن خود برآورده کنند. عده‌ی دیگری معتقدند که در ایجاد این بیماری کارکرد غده هیپوفیز قدامی که در ساقه مغز قرار دارد عامل تعیین‌کننده است .

مبتلایان به بی‌اشتهایی غالباً دخترانی آرام، مطیع و وابسته هستند و پرونده تحصیلی نسبتاً درخشانی دارند ولی احساس می‌کنند که از سوی والدین استثمار شده و فاقد هویت مستقل اند .

پرخوری روانی در بین دختران رو به افزایش است. این افراد پس از مصرف خوراکی به میزان کافی به دلیل احساس گناه و ترس از چاقی خود را وادار به استفراغ نموده و یا برای خنثی کردن تاثیر مواد غذایی از ورزش افراطی و داروهای ضد یبوست استفاده می‌کند. بدین ترتیب وزن آنها تغییر چندانی نمی‌کند ولی ممکن است به اختلالات گوارشی مبتلا شوند. این افراد پس از پرخوری افراطی دچار افکار خود حقیق‌شماری می‌شوند.

مطالعات بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط

۱. **بانک سوالات کنکورهای ۱۰ سال اخیر کنکور کارشناسی ارشد وزارت بهداشت - گرایش روان‌شناسی:** این کتاب منحصراً به فرد، تنها مجموعه‌ی شامل سوالات دروس گرایش بالینی کنکورهای ۶ سال گذشته کارشناسی ارشد وزارت بهداشت با پاسخ‌های کاملاً تشریحی است که توسط خانم مریم بی‌طرفان رتبه ۱۴ کنکور وزارت بهداشت با دقت بسیار بالایی تالیف شده است. این مجموعه، سوالات دروس این کنکورها را به شکل سال به سال در بر دارد و در تمام مراحل مطالعاتی به ویژه در روزهای پایانی که قصد زدن تست های سال به سال را دارید بیشتر به شما کمک می‌کند.
۲. **مجموعه بانک تست درس به درس - ویژه وزارت بهداشت:** مجموعه‌ای شامل صدها تست طبقه بندی شده از هر درس که از میان هزاران تست از کنکورهای کارشناسی ارشد و دکتری وزارت بهداشت و وزارت علوم ۲۰ سال اخیر، توسط رتبه‌های برتر کنکور کارشناسی ارشد روان‌شناسی و با هدف به حداکثر رساندن تمرین و تسلط داوطلبان ممتاز بر مباحث دروس مختلف، تالیف شده است. بانک تست‌های دروس شخصیت، آمار و روش تحقیق، روان‌شناسی فیزیولوژیک، روان‌شناسی رشد و آسیب‌شناسی روانی می‌تواند به کمک داوطلبانی بیاید که خواهان حداکثر تمرین و تسلط بر مباحث هستند.
۳. **کپسول مهمترین نکات مهم دروس - ویژه وزارت بهداشت:** شامل صدها نکته خیلی مهم از هر درس. مناسب روزهای پایانی (حدود ۳-۱ ماه مانده به کنکور).

درخواست سریع و آسان هر یک از موارد بالا: ارسال ۱ به سامانه [۰۲۱۶۶۴۷۵۶۲۰](https://www.konkur.org) .:

در کنکور خوش بدرخشید؛)