

علم النفس



فصل اول: «مفاهیم و کلیات اولیه»

تاریخچه علم

زایش علم، حاصل کنجکاوای و جستن آدمی است به هنگامی که متوجه دنیای بیرون خود شود. علم را می‌توان به دو بخش تقسیم کرد: **علم مواد بی‌جان** مانند فیزیک و شیمی و **علم مواد جاندار** (آدمی) مانند علم نفس، روح و روان که خود نفس را می‌توان به اینکه نفس جوهر است یا عرض و یا اینکه نفس حادث است یا قدیم تقسیم کرد. روان‌شناسی نوین با تأسیس نخستین آزمایشگاه روان‌شناسی توسط ویلهلم وونت در ۱۸۷۹ میلادی آغاز می‌شود، ولی قدمت روان‌شناسی فلسفی یا علم‌النفس به زمان سقراط، افلاطون و ارسطو باز می‌گردد.

ویژگی بارز **علم‌النفس** کاربردی روش تعلقات نظری و قیاسی برای بررسی و کندوکاو پیرامون مسائلی چون وجود، ماهیت، علت، تجرد و دیگر احوال نفس است. از دیدگاه اسلامی، علم‌النفس عبارت است از: تعریف ماهیت نفس و اثبات وجود نفس و مغایرت آن با بدن و بیان اقسام نفوس و شرح و تفصیل قوای مدرکه و بیان محل هریک از آنها و کیفیت تأثیر آن‌ها. نخستین بار ارسطو با طبقه‌بندی فلسفه به فلسفه نظری و عملی و قرار دادن علم‌النفس در این طبقه‌بندی جایگاه ویژه‌ای به آن بخشید. فلسفه نظری به علوم طبیعیات، ریاضیات و الهیات و فلسفه عملی به اخلاقیات، منزلیات و سیاسیات تقسیم می‌شد. طبیعیات خود شامل هشت بخش می‌شد: سمع‌الکلیان، السماء و العالم، الکون و الفساد، آثارالعلویه، معادن، نبات، حیوان، کتاب‌النفس.

روان‌شناسی اسلامی

از عجیب‌ترین رویدادهای تاریخی عقلی بشر، چگونگی پیدایش علوم و معارف اسلامی است چراکه ممکن است جمع میان علم و دین ممکن نباشد ولی اسلام با جذب عناصر فرهنگی بالنده تمدن‌های پیشین، مقولاتی چون عقل، دین، حکمت و فلسفه را با هم پیوند داد.

علت جذب علوم تمدن‌های پیشین توسط اسلام در ساختار عقیدتی اسلام است که از ریشه وحی سرچشمه گرفته و از مبدأ فیض الهام گرفته است. «اصول و پایه‌های بنیانی اسلام» گرایش به اصل توحید و اشاعه آن است، آنجایی که وحدت به کثرت می‌انجامد و عقل و عاقل و معقول باز شناخته می‌شود و از کثرت وحدت می‌زاید و همه چیز به سوی او باز می‌گردد «کل شیء هالک الا وجهه».

موضوع علم‌النفس یا رابطه بین عقل و ایمان از همان آغاز مورد توجه حکمای اسلامی قرار گرفته است. هشت قرن بعد از کندی که برای اولین بار این مسئله مهم را مطرح کرده بود موضوع توسط صدرالمألهین به بهترین وجه با هماهنگی و وفاق کامل حل شد. «میعادگاه عقل و ایمان» نقطه‌ای است که در آن دو استدلال و اعتقاد دینی به هم می‌پیوندند. حکمت و معرفتی است که انسان را به کمال می‌رساند. همواره سنت عقلی و عملی، فرایند ارزنده‌ای است که براساس گزینش آگاهانه و انتخاب راه بر پایه فهم و استدلال در متون اسلامی مورد توجه بوده است.

آیه شریفه «فیشر عباد الذین یستمعون القول فیتبعون أحسنه اولئک الذین هدی هم الله و اولئک هم اولوالالباب»، «آنکه آرا و اقوال گوناگون را مورد نقد و بررسی قرار می‌دهند، خود از هدایت‌شدگان‌اند و نیز آنان از خردورزان و خردپیشگان‌اند. مبین همین امر است».

با این حال در قرون اخیر به واسطه غفلت از پژوهش در معارف اصیل اسلامی در کشورهای اسلامی، تک‌نگری و یک‌بعداندیشی رواج یافته است. درحالی‌که جهان اسلام بر روی گنج‌هایی از اندیشه و معارف خوابیده است، گنج‌هایی که غفلت از آنها به هیچ وجه حاکی از عدم وجود آنها نیست. «تک‌نگری و یک‌بعداندیشی» به سبب نبود رابطه زنده واقعی بین محتوای دروس با مبانی فرهنگ اسلامی است.

به‌طوری که بعضی از مورخین عقیده دارند علوم اسلامی در قرن ششم هجری با این‌رشد به پایان رسید. حال آنکه سیر حکمت اسلامی در قرون بعدی ادامه داشته است. باید دانست بزرگ‌ترین خطر فعلی تمدنی غربی به تعبیر فیلسوف انگلیسی، وایت هِد، جدایی زیاد از حد علوم مختلف از یکدیگر و نبود نظری واحد درباره جهان است.

کج مثال ۱: محتوای علم‌النفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی، بیشتر با کدام بخش از علم روان‌شناسی دارای فصل مشترک است؟ (سراسری ۱۴۰۱)

- (۱) تحقیقات توسعه‌ای (۲) فلسفه روان‌شناسی (۳) مطالعات کاربردی (۴) تحقیقات پایه

پاسخ: گزینه «۴» علم‌النفس، بررسی مسائل روان‌شناختی از نگاه فلاسفه پیشین و مطالعه نفس یا ذهن در نظریات تاریخی است. در واقع این حوزه جزئی از تحقیقات پایه محسوب می‌شود که به مطالعه تاریخچه و مکاتب روان‌شناسی می‌پردازد و می‌خواهد این واقعیت را نشان دهد که پیش از این چه نظریاتی راجع به ویژگی‌های مختلف روان ما وجود داشته است.

کج مثال ۲: در نگاه قرآن کریم، مهم‌ترین عضو وجودی انسان، اوست که می‌تواند مختلفی را به خودش بگیرد. (سراسری ۱۴۰۳)

- (۱) دل - حالات (۲) عقل - سطوح (۳) نفس - تغییرات (۴) روح - تطورات

پاسخ: گزینه «۱» در فلسفه مهم‌ترین ویژگی انسان که او را از حیوانات متمایز می‌کند، عقل اوست که سطوح مختلفی دارد، اما در منابع دینی قلب/دل انسان جایگاه بالاتری دارد، چرا که قلب یا فؤاد / صدر کانون و مرکز ادراک و تعقل، انفعال و احساس و فکر و عمل است. از نگاه منابع دینی قلب انسان حالات متنوعی به خود می‌گیرد و می‌تواند جایگاه فطرت باشد و چنان سخت که او را از مردمان و خدا دورتر کند.



فصل دوم: «تعریف نفس در قرآن»

مفهوم نفس در قرآن از سرشت تا سرنوشت (مبدأ و معاد) مورد بحث قرار گرفته و کلمه نفس ۳۶۷ بار در قرآن آمده است. بعضی از معانی رایج آن در زیر آورده شده است:

- ۱- **نفس به معنای جان و حیات حیوانی:** «و ما كان لنفسٍ ان تَمُوتَ إلا بِأذنِ الله»، «برای نفس چیزی نیست مگر آنکه بمیرد به اذن پروردگار».
- نکته: نفس هم‌ردیف جان است که مرگ برایش پایان و غایت است.
- ۲- **نفس به معنای روان یا نفس انسانی آمده است.** «و ذَكَرَ به أن تُبَسِّلَ نَفْسٌ بِمَا كَسَبَتْ»، «و پند بده به آن نفس که آنچه کسب کند بدان گرفتار می‌شود». در این آیه نفس مجموعه حالات روانی دانسته شده است که خاصیت ادراکی، انفعالی و افعالی دارد.
- ۳- **نفس به معنای شخصیت شکل یافته و متعادل:** «لا يَكْلَفُ اللهُ نَفْساً إلا وُسْعَهَا»، «خدا هرکس را به اندازه تواناییش تکلیف می‌دهد»، در این آیه از نفسی سخن آمده که خود را به مرتبه‌ای از تکامل رسانده است.
- ۴- **نفس به معنای وجدان نفسانی یا خودآگاهی:** «كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الموتِ وَ نَبَلُوكُم بِالشَّرِّ وَ الخَيْرِ فِتْنَةً وَ الينا تُرجعون»، «هر نفسی در عالم رنج و سختی مرگ را می‌چشد و در سیر زندگی با خوبی و بدی آزمایش می‌شود و به سوی ما باز می‌گردد».
- «علمت نفسٌ ما قَدَمَتْ وَ اخرت»، «هر نفس می‌داند آنچه را از پیش فرستاده شده است و آنچه را که از پیش خواهد آمد».
- ۵- **نفس به معنای اصل ثابت انسانی و خودآگاهی:** «و نفسٍ ما سَوَّاهَا فَالهِمها فُجُورها وَ تقواها»، «قسم به نفس و آنکه او را متعادل و متکامل آفرید و در او بدکاری و پرهیزکاری الهام کرد».
- ۶- **نفس به معنای حیوانی و نفس تعالی نایافته:** «ما أبرىءُ نفسی ان النفسَ لَأَمارةٌ بالسوءِ إلا ما رَجِمَ رَبی ان رَبی غَفُورٌ رَحیمٌ»، «نفس را تبرئه نمی‌کنم که نفس امر به بدی است مگر خدا بر من رحمت آورد، به راستی که پروردگار من آمرزنده و مهربان است».
- ۷- **نفس به معنای عقوبت:** «و مَنْ یفعل ذلک فلیس من الله فی شیء الا ان تتقوا مِنْهُم تقاةً وَ یحذركم الله نَفْسَه»، «هرکسی از کفار دوست برای خود گیرد، پس نیست از خداوند در چیزی مگر آنکه بپرهیزد از آن پرهیزدنی و خداوند شما را از عقوبت و غضب خویش بر حذر می‌دارد».
- ۸- **نفس به معنای علم درونی:** «ان کنت قلتَه فَقَدْ عَلِمْتَه تعلم ما فی نفسی وَ لا اعلم ما فی نفسک ...»، «اگر گفته بودم تو می‌دانستی و تو می‌دانی آنچه را که در نزد من است، ولی نمی‌دانم آنچه را که در نزد تو است».
- ۹- **نفس اماره:** نفس انسان را به خاطر غلبه حیوانیت اماره می‌خوانند، چراکه صاحب خود را به کارهای بد امر می‌کند.
- ۱۰- **نفس لوازمه:** نفس ملامتگر و نکوهنده آن نفسی است که انسان را پس از ارتکاب گناه ملامت می‌کند، این نفس همان وجدان اخلاقی است.
- ۱۱- **نفس مطمئنه:** این نفس در قرآن همان نفوس قدسی فرشتگان، اهل عصمت و طهارت است، عاری از معصیت و لذا مطمئن و قوی‌دل، نفس آسوده و آرام گرفته از ایمان و یقین.
- ۱۲- **نفس راضیه و مرضیه:** رضایت دل به تمامی فرامین الهی، دوست دارد آنچه خدا دوست دارد و دور می‌شود از آنچه دوست ندارد.

نفس از دیدگاه ائمه:

پیامبر اکرم (ص) می‌فرماید: «من عرف نفس فقد عرف ربه»، «هرکس خود را بشناسد، پس خدای خود را شناخته است».

حضرت علی (ع) می‌فرماید: «هرکس که قدر نفس خویش را بشناسد آن را با چیزهای نابودشونده خوار نمی‌سازد».

حضرت علی (ع) می‌فرماید: «برای شما بهایی نیست جز بهشت، پس آنها را جز به آن نفروشید».

نفس از دیدگاه دانشمندان اسلامی:

۱- ابن‌سینا: نفس به معنای وسیع مبدأ و حرکت؛ ۲- امام محمد غزالی: تمایز بین نفس نباتی، حیوانی، انسانی؛ ۳- کندی: نفس جوهری بسیط، الهی و روحانی است؛ ۴- فارابی: افلاک نیز دارای نفس هستند، نفس فلکی.

نفس از دیدگاه نظریه‌های جدید:

۱- نظریه دوگانگی نفس و بدن؛ ۲- توازی تن و روان؛ ۳- نمو زاید؛ ۴- روش سلوک و رفتار؛ ۵- نظریه حیاتی؛ ۶- نظریه اجتماعی.

- کلمه مثال ۱:** از آیه «بَلِ الْإِنْسَانِ عَلَى نَفْسِهِ بَصِيرَةٌ وَلَوْ أَلْقَى مَعَاذِرَةً» کدام مفهوم روان‌شناختی استنباط می‌شود؟ (سراسری ۱۴۰۱)
- (۱) اسناد بیرونی (۲) دلیل تراشی (۳) ناهشیاری (۴) فراق‌کنی
- پاسخ: گزینه «۲» در آیه «بَلِ الْإِنْسَانِ عَلَى نَفْسِهِ بَصِيرَةٌ وَلَوْ أَلْقَى مَعَاذِرَةً» «بلکه انسان خودش از وضع خود آگاه است، هرچند در ظاهر برای خود عذرهایی بتراشد»، لفظ معاذیر به دلیل تراشی و بهانه‌تراشی برای تحریف واقعیت اشاره می‌کند.

- کلمه مثال ۲:** در زندگی ابدی و اخروی انسان، آنچه مایه دوام نعمت و یا دوام عذاب می‌شود، ناشی از دوام کدام مورد است؟ (سراسری ۱۴۰۳)
- (۱) عمل (۲) نیت (۳) برآیند اعمال نیک و بد انسان در دنیا (۴) پیامدهای اعمال خیر و شر در دنیا



فصل سوم: «نظریه‌ی کندی»



ابویوسف اسحاق ابن کندی

خلاصه آرای کندی درباره نفس:

کندی: «نفس، نخستین است کمال جسم طبیعی بالقوه دارای حیات» است. این تعریف اساساً از ارسطو و حکمای پیرو مکتب اوست. کندی: «نفس جوهری بسیط الهی و روحانی است، نه طول دارد و نه عرض و نه عمق، نوری است از انوار باری تعالی». کندی: ما در این جهان همانند کاروانی هستیم که از پل یا معبری می‌گذریم، در اینجا درنگی نخواهیم داشت. کندی: مقام و قرارگاه اصلی ما عالمی است اعلی و شریف که ارواح ما پس از مرگ بدان عالم منتقل می‌شوند (تأکید به بقای نفس). اما علاقه نفس به جسم علاقه عارضی است. نفس متحد با جسم است و کارهای خود را به وسیله آن انجام می‌دهد، هرچند که جدا از جسم و مابین با آن است. نفس بعد از فنای جسم باقی می‌ماند.

تعریف نفس

کندی اولین فیلسوف عرب، خودش درباره نفس رأی خاصی ابراز نمی‌کند و آنچه در این باب می‌آورد آرای حکمای پیشین است. در دو کتاب کندی به نام «القول فی النفس المختصر من کتاب ارسطو و افلاطون و سایر الفلاسفه» و دیگری «کلام الکندی فی النفس مختصر» نفس را این‌گونه تعریف می‌کند: «نفس نخستین است کمال جسم طبیعی بالقوه دارای حیات است». این تعریف از ارسطو است. کندی در بیان طبیعت نفس می‌گوید: «نفس جوهری بسیط الهی و روحانی است نه طول دارد نه عرض و نه عمق، نوری است از انوار باری تعالی». ولی هرگز صریحاً نمی‌گوید که آیا نفس قبل از بدن موجود بوده یا آنکه با جسم آفریده شده و در آن حلول کرده است.

- کندی می‌گوید: «ما در این جهان مانند کاروانی هستیم که از پل یا معبری می‌گذریم، در اینجا درنگی نخواهیم داشت». کندی می‌افزاید: «مقام و قرارگاه اصلی ما عالمی است اعلی و شریف که ارواح پس از مرگ بدان عالم منتقل می‌شوند». او در این گفتار صریحاً به بقای نفس اقرار می‌کند. - کندی معتقد به اخلاص نفس است، می‌گوید: «چنین نیست که نفسی که از جسم خارج شد به آن مکان رود. زیرا نفسی که در آن جسم خارج شد هنوز آلوده است. پس بعضی از نفوس به فلک می‌روند مدتی در آن می‌مانند وقتی پاک شدند به فلک کوبی و بالاتر می‌روند و همین‌طور طی مدارح می‌کنند تا به فلک اعلی برسند و در آنجا که خوب پاکیزه شدند، آنگاه به عالم عقل می‌روند. (نظریه تطهیر یا خلوص نفس) - کندی معتقد است علاقه نفس به جسم عارضی است. نفس متحد با جسم است و کارهای خود را به وسیله آن انجام می‌دهد، هرچند که جدا از جسم و مبین با آن است. نفس بعد از فنای جسم باقی می‌ماند.

قوای نفسی

قوای نفس: ابزارهایی هستند که نفس و بدن در اختیار دارند که به وسیله آن رسیدن به کمال میسر می‌شود. سخن کندی در باب قوای نفس آمیزه‌ای از آرای ارسطو و افلاطون است.

افلاطون معتقد به تقسیم سه‌گانه نفس به سه قوه شهویه، غضبیه و عاقله و قائل به جاودانگی قوه عاقله پس از نابودی جسم است. ارسطو قائل به سه نفس است:

- ۱- نفس نباتی که وظیفه تغذیه، نمو و تولید دارد.
- ۲- نفس حیوانی که وظیفه حس، خیال، حرکت را علاوه بر وظایف نفس نباتی دارد و از آن بالاتر است.
- ۳- نفس عاقله که مخصوص انسان است.

کندی از دو قوه بزرگ نام می‌برد؛ قوه حسی و قوه عقلی و معتقد است بین این دو قوه، قوای دیگری مانند قوه حافظه، مصوره، غاذیه و نامیه وجود دارد. همه این قوا متعلق به نفس هستند، ولی ابزار برخی از آنها دماغ یا مغز است. دماغ آلت مشترک میان حس و عقل است.

طبقه‌بندی قوای نفسانی از دیدگاه کندی به شرح زیر است:

	قوای حاسه: حواس پنجگانه	} قوای متوسطة:	} کندی:
قوه حافظه	قوه شهویه		
قوه غضبیه	قوه غاذیه		
عقل بالقوه	عقل بالفعل	} قوه عاقله:	}
عقلی که از قوه به فعل درمی‌آید.	عقل ظاهر یا عقل مادی		

قوای حاسه: ابزار این قوه اعضای حواس پنجگانه است.

قوه حاسه صورت محسوسات را که در طینت آنها، یعنی در ماده آنها قرار دارد درمی‌یابد.

این قوه قدرت آن را ندارد تا صوری را که درمی‌یابد با هم ترکیب کند.

قوه حاسه میان همهی حیوانات مشترک است. قوه حاسه صور جزئی اشیا را درک می‌کند.

مقصود از صور جزئی صورت‌هایی است که دارای رنگ، شکل، طعم، آواز و بو بوده است و یا به‌طور کلی هر صورتی که دارای ماده باشد.

قوه حاسه چیزی جز نفس نیست و نسبت آن به نفس چون نسبت عضو به جسم نیست بلکه او خود ذاتاً نفس است. حاس و محسوس در نفس یک چیزند.

قوای متوسطه: وظیفه قوای متوسطه ادراک، حافظه، رشد و نمو، تغذیه و انگیزش است. این قوا متشکل از چند قوه است:

قوه مصوره: قوه‌ای که صور جزئیات را بدون حضور ماده درک می‌کند.

این قوه هم در حال خواب و هم در بیداری عمل می‌کند و قدرت ترکیب اطلاعات را دارد.

قوه حافظه: صوری را که قوه مصوره به او ارزانی می‌دارد، می‌پذیرد و حفظ می‌کند.

قوه غضبیه انسان را در غلبه بر آنچه او را می‌آزارد و در دفاع از خویشتن یاری می‌دهد.

قوه شهویه انسان را در رسیدن به آنچه می‌خواهد یاری می‌رساند. کندی به دو قوه غضبیه و شهویه، غلبیه می‌گوید که نقش برانگیختگی در انسان را عهده دارند.

قوه عاقله: کندی عقل را به شرح زیر تقسیم‌بندی می‌کند:

۱- عقل بالقوه؛ ۲- عقلی که در نفس از قوه به سوی فعلیت می‌رود؛ ۳- عقل بالفعل و ۴- عقل ظاهر.

این قوه صور اشیا را مجرد از هیئت آنها درک می‌کند؛ به عبارت دیگر، درک انواع و اجناس می‌کند و نه اشخاص، همچنین مبادی معلومات را ادراک می‌کند مانند درک این معنی که هر معلولی را علتی است و ایجاب و سلب در یک موضوع واحد در زمان واحد یافت نمی‌شود.

کندی می‌گوید: «یعنی نفس که در ابتدا بالقوه است، پس از ترکیب و اتحاد با کلیات اشیا بالفعل می‌شود و انواع و اجناس زمانی که با نفس متحد گردند معقول باشند و نفس به هنگام اتحاد این انواع با او عاقل بالفعل گردد». پس کندی، معتقد است که نفس عامل بالقوه است و تحت تأثیر عقل اول به فعلیت می‌گراید و چون صورت عقلیه با آن متحد شد نفس و صورت عقلیه یک چیز می‌شوند یعنی نفس هم عاقل است و هم معقول. پس عقل و معقول از جهت نفس شیء واحد است. زمانی که بر عقل بالقوه معقولات حاصل و عارض شدند عقل بالقوه؛ تبدیل به عقل بالفعل می‌شود و هنگامی که عقل بالفعل به کار گرفته می‌شود و نمود ظاهری و بیرونی به خود می‌گیرد **عقل ظاهر** نام می‌گیرد.

نظریه معرفت: معرفت دانش و شناخت انسان است و کندی معرفت را دو نوع می‌داند: حسی و عقلی.

معرفت حسی: صرفاً در ظواهر اشیا متوقف است و در انسان و حیوان مشترک است.

معرفت عقلی: به حقایق اشیا رسوخ می‌کند و مخصوص انسان است. شناخت حقایق اشیا از طریق فیض الهی به‌دست می‌آید.

نظریه سعادت: کندی، سعادت را دستیابی به محبوب‌ها و مطلوبات عقلانی و تحقیق و تفکر و تشخیص و شناخت حقایق اشیا می‌داند.

خواب و رؤیا از دیدگاه کندی

- کندی در کتاب «فی ماهیه النوم و الرؤیا» می‌گوید: خواب ترکیب استعمال تمامی حواس به وسیله نفس است.

- رؤیا کاربرد فکر به وسیله نفس و قطع کاربرد از حواس است.

- کندی رؤیا را به عمل «قوه مصوره» یا قوه تخیل مربوط می‌داند.

رؤیاها از دیدگاه کندی به ۴ دسته تقسیم می‌شوند: ۱- رؤیای رمزی: اشیایی دیده می‌شوند که بر اشیای دیگر دلالت دارند. ۲- خبردهنده: امور پیش از وقوع آنها دیده می‌شود. ۳- رؤیایی که در آن به اموری بر ضد خود دلالت دارند. ۴- رؤیایی که آنچه در آن دیده می‌شود، راست نیست.

نکات مهم:

- کندی به تبعیت از افلاطون در نوع رابطه میان نفس و بدن به «نظریه تطهیر» معتقد است.

- کندی جزو گروهی از دانشمندان اسلامی است که قائل به خلود نفس و بقای نفس است.

- کندی به روحانیت نفس اعتقاد دارد؛ به اعتقاد کندی نفس نه جسم است و نه عرض.

- کندی اندوه را چنین تعریف می‌کند «رنجی نفسانی است که در اثر فقدان امور محبوب و از دست دادن، چیزهای مطلوب عارض می‌گردد».

- کندی اصلاح نفس و درمان آن را بسیار واجب‌تر از اصلاح جسم می‌داند، زیرا هویت ما در گرو نفس ماست.

- کندی برای درمان اندوه روشی مشابه روش روان‌درمانی رفتاری - شناختی نوین ابداع کرده است.

کلمه مثال: امام صادق (ع) فرمودند: «هیچ‌کسی نیست که تکبر بورزد و با زورگویی کند، مگر به‌دلیل ذلتی که در درون خود می‌یابد.» این حدیث بیشتر

(سراسری ۱۴۰۱)

با کدام مورد زیر، همگرایی دارد؟

۱) همانندسازی با پرخاشگر هورنای ۲) عقده خودبزرگ‌بینی آدلر ۳) آرکی تایپ سایه یونگ ۴) غریزه مرگ فروید

پاسخ: گزینه «۲» آدلر، ریشه رفتار را حس حقارت در نظر می‌گیرد که به‌طور طبیعی تجربه منجر به حس برتری‌جویی می‌شود و زمانی این حس طبیعی تبدیل به عقده می‌شود که می‌پذیریم ضعیف و درمانده و ناتوان هستیم و برای جبران این حس به عقده برتری رجوع می‌کنیم. از مصادیق رفتاری این عقده می‌توان به خودشیفتگی، غرور، زورگویی و تحقیر دیگران اشاره کرد.

کلمه مثال ۲: به امام علی (ع) گفتند: «عقل را برای ما توصیف کن». فرمودند: «چیزی است که شیء را».

(سراسری ۱۴۰۳) (۱) توصیف می کند (۲) در جای خود می گذارد (۳) می شناسد (۴) از وهم تفکیک می کند

پاسخ: گزینه «۲» از امام علی (ع) درخواست شد که عاقل را توصیف نماید، ایشان فرمودند: «عاقل کسی است که هر چیزی را در جای خود قرار می دهد».

کلمه مثال ۳: کلمه فطرت با کدام اصطلاح روان شناختی شباهت دارد؟

(سراسری ۱۴۰۳) (۱) طرحواره (Schema) (۲) راندن (Drive) (۳) شکوفایی (Actualization) (۴) رسش (Maturation)

پاسخ: گزینه «۳» فطرت ساختار وجودی ماست که خلقت انسان را به صورت شکوفاشونده شکل داده است و در هر مرحله ای از زندگی صفت و ویژگی خاصی از آن به ظهور می رسد. بنابراین در معنای فطرت نوعی بروز و ظهور و شکوفایی (Actulization) وجود دارد.

کلمه مثال ۴: کدام عبارت، برای ترجمه آیه شریفه زیر، مناسب تر است؟

(سراسری ۱۴۰۳) «وَلَمْ يَتَفَكَّرُوا فِي أَنفُسِهِمْ مَا خَلَقَ اللَّهُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضَ وَمَا بَيْنَهُمَا إِلَّا بِالْحَقِّ» (سوره روم / ۸)

(۱) اگر فکر کنند خواهند دانست که خداوند آسمان ها و زمین و آن ها را به حق آفریده است.
 (۲) آیا در خود نمی اندیشید که خداوند آسمان ها و زمین و آنچه در آن هاست را خلق نکرده الا به حق؟
 (۳) آیا نباید فکر کنید که خداوند چگونه شما و آسمان ها و زمین و آنچه در آن است را به حق آفریده است؟
 (۴) آیا با خود نمی اندیشید که خداوند چگونه آنان را مانند آسمان ها و زمین و آنچه در آن هاست را به حق آفریده؟

پاسخ: گزینه «۲» در قرآن برای خلقت انسان و آسمان ها و زمین از واژه فطر/ خلق کردن استفاده کرده است:
 ﴿وَلَمْ يَتَفَكَّرُوا فِي أَنفُسِهِمْ مَا خَلَقَ اللَّهُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضَ وَمَا بَيْنَهُمَا إِلَّا بِالْحَقِّ﴾ «آیا در خود نمی اندیشید که خداوند آسمان ها و زمین و آنچه در آنهاست را خلق نکرده، الا به حق».

کلمه مثال ۵: کار عقل، عمدتاً بازشناسی و راهیابی و انتخاب میان دو امر یا بیشتر است، اگر این دو امر از مقوله فکری و فهم «درست یا نادرست» باشد، عقل را و اگر از مقوله رفتار باشد، طرفین را «خوب یا بد» و عقل را می نامند.

(سراسری ۱۴۰۳) (۱) معاد - معاش (۲) نظری - عملی (۳) آشکار - پنهان (۴) اولیه - ثانویه

پاسخ: گزینه «۲» عقل نظری مبنای تفکر و یادگیری و تحول عقلانی در انسان است. عقل علاوه بر درک معقولات و دانش و حقیقت، جایگاه ذخیره یادگیری نیز محسوب می شود. کار عقل تأیید و تکذیب یا رد و تأیید است. درواقع عقل نظری درست و نادرست را تشخیص می دهد، درحالی که عقل عملی مبنای رفتارهای انسانی است و اخلاق را منعکس می کند و وظیفه آن تشخیص خیر و شر (خوب یا بد) است.

کلمه مثال ۶: مطابق با فرمایش حضرت علی (ع): «چه بسا عالمی که قربانی جهل خویش است»، جهل به معنای عملی است.

(سراسری ۱۴۰۳) (۱) از روی ناآگاهی (۲) بدون تأمل و ناسنجیده (۳) از روی اجبار (۴) از روی عادت

پاسخ: گزینه «۲» در مقابل عقل، مفهوم جهل قرار دارد. عقل سنجیدن و عمل کردن است، اما جهل رفتاری بدون تأمل و نسنجیده است.

کلمه مثال ۷: اتصال به دیواره رحمها، وجه تسمیه کدام یک از مراحل جنینی از دیدگاه قرآن کریم است؟

(سراسری ۱۴۰۳) (۱) انشاء (۲) نطفه (۳) علقه (۴) مضغه

پاسخ: گزینه «۳» مراحل شکل گیری ساختار وجودی انسان در دوران قبل از تولد از نگاه قرآن:
 (۱) نطفه، (۲) علقه، (۳) مضغه، (۴) عظام، (۵) انشاء.
 علقه از ماده علق به معنای چسبیدن یا کمک گرفتن از چیزی است. علقه قابل تطبیق با مرحله ای از رشد پیش از تولد است که توده سلولی به دیواره رحم می چسبد.

کلمه مثال ۸: عقل انسان در مرتبه دانشمندی، چه نام دارد؟

(سراسری ۱۴۰۳) (۱) بالمستفاد (۲) فعال (۳) بالفعل (۴) بالملکه

پاسخ: گزینه «۱» عقل مستفاد، آخرین سطح تحول عقل نظری یا عقلانیت انسان است. عقل مستفاد سعادت مندی انسان را منعکس می کند، چرا که همچون فردی دانشمند به علوم احاطه و تسلط دارد.



فصل چهارم: «ابونصر محمدبن فارابی نظریات جدید در رابطه نفس و بدن و نظریه‌های عقل»

فارابی نخستین کسی است که فلسفه اسلامی را در قالب کامل آن قرار داد و اصول و مبانی آن را تدوین کرد. وی از بهترین مفسران کتب ارسطو (معلم اول) است به همین دلیل به او «معلم ثانی» می‌گویند.

در خصوص نفس، فارابی معتقد است: همان‌گونه که انسان، حیوان و نبات دارای نفس هستند، افلاک نیز دارای نفس‌اند که بدان نفس فلکی گویند. اما حقیقت این نفس با حقیقت نفس انسانی، حیوانی و نباتی متفاوت است. هرچند که تا حدودی با نفس ناطقه انسانی متجانس است. وی می‌گوید که حرکت دورانی فلک سماوی ناشی از وجود این نفس فلکی است. فارابی در تعریف نفس می‌گوید: «نفس نخستین است کمال جسم طبیعی آلی بالقوه دارای حیات است.» و در جای دیگر مانند ارسطو آن را صورت جسم می‌نامد. فارابی در بیان چگونگی نفسانیات گرایش به آرای ارسطو دارد. وی از یک سو نفس را صورت جسم می‌خواند و از سوی دیگر می‌گوید نفس جوهری است بسیط و روحانی و مابین با جسم و دلایل زیر را برای این گفته‌اش ذکر می‌کند:

۱- نفس درک معقولات می‌کند. ۲- نفس به خود شعور دارد. ۳- نفس اضداد را با هم درک می‌کند. ۴- نفس بعد از فنای بدن باقی می‌ماند. افلاطون معتقد است نفس بیش از بدن موجود بوده است، ولی فارابی معتقد است نفس بعد از بدن به وجود آمده است. وی می‌گوید: نفس از عقل فعال فایض شده و صورت جسم است.

فارابی نفوس را از حیث بقاء و فنایشان به سه دسته تقسیم می‌کند.

- ۱- دسته‌ای که سعادت را شناخته و برای رسیدن به آن کوشیده‌اند و به آن رسیده‌اند، اینان مخلص در سعادتند.
- ۲- دسته‌ای دیگر که سعادت را شناخته‌اند، از آن اعراض کرده‌اند؛ اینان مخلص در شقاوتند.
- ۳- دسته آخر که سعادت را شناخته‌اند و به درجه عقل مستفاد نرسیده‌اند و همچنان نیازمند به ماده‌اند.

آرای فارابی درباره قوای نفس

قوه منمیه یا نفس نباتیه: بین نبات انسان و حیوان مشترک است. هدف آن نمو و حفظ نگهداری موجود زنده است. از جمله این قوا می‌توان قوه غاذیه (برای بقا فرد) قوه مریبه (برای تربیت و کمال فرد) و قوه مولده (برای بقا نوع) را نام برد.

نفس حیوانی شامل:

الف - قوای محرکه یا نزوعیه (شوقیه): شامل دو قوه دیگر است: به نام قوه شهویه و غضبیه. قوای نزوعیه یا شوقیه آن دسته از قوایی است که موجب انگیزش انسان به طلب شی یا گریز از آن می‌شود. اراده نیز از این قوا سرچشمه می‌گیرد. از مصادیق قوه نزوعیه، قوه شهوانی است و آن قوه‌ای است که به کمک آن طلب چیزهای نیک و سودمند کند. دیگر قوه غضبیه است که به یاری رفع مضرات و خسارت کند.

ب - قوای مدرکه:

قوای حساسه: این قوا از حواس پنجگانه یا حواس ویژه تشکیل شده است. به کمک این حواس محسوسات درک می‌شوند.

قوه مصوره: مخزنی است که صورت محسوسات پس از پنهان شدن از حواس خارجی در آن نگهداری می‌شوند.

قوه متخیله: وظیفه این قوه آن است که صور محسوسات را بعد از غیب آن صورت از دامنه حس نگاه دارد و بعضی از صورت‌ها را با هم ترکیب کند. در خواب هم فعال است. نیروی تخیل و بازآفرینی پدیده‌ها به این قوه وابسته است. در انسان این قوه تحت عنوان قوه متفکره نامیده می‌شود.

قوه واهمه: قوه‌ای است که از محسوس آنچه را که به حس در نمی‌آید ادراک می‌کند.

قوه حافظه (ذاکره): این قوه آنچه قوه واهمه به او می‌سپارد همچون بایگانی در خود حفظ و نگهداری می‌کند.

نفس ناطقه: به وسیله این قوه ادراک معقولات میسر شده میان زیبا و زشت فرق گذارده می‌شود. به یاری آن آدمی صناعات و علوم را فرا می‌گیرد و خود بر دو قسم است: یکی عقل (قوه) نظری که انسان به وسیله آن حائز معرفت می‌شود و دیگر عقل (قوه) عملی که انسان به وسیله آن حائز صناعات و حرفه‌ها می‌شود.

عقل از دیدگاه فارابی

فارابی قوه ناطقه را به دو قوه یعنی دو نوع عقل تقسیم می‌کند: عقل عملی و عقل نظری، آنچه در اینجا بحث می‌شود عقل نظری است که خود دارای ۳ مرتبه است:

۱- **عقل هیولانی (عقل بالقوه):** نفس یا جزیی از نفس که وظیفه‌اش این است که صور ماهیات را از مواد آنها انتزاع کند. این همان عقل مادی است که کندی می‌گوید.

۲- **عقل بالفعل:** زمانی که عقل بالقوه با انواع و اجناس متحد شود و درک معقولات کند تبدیل به عقل بالفعل می‌شود.

۳- **عقل مستفاد:** عقل مستفاد، عقل بالفعلی است که معقولات مجرد را تعقل کرده به درک صورت‌های مفارقه توانا شده است. عقل مستفاد یا مکتسب بالاترین مرتبه عقل انسانی است و در حقیقت همان انسانی است که پس از نابودی بدن باقی می‌ماند.

از دیدگاه فارابی دارای سه مرتبه عقل است که فروترین آن عقل مادی یا عقل هیولانی (عقل بالقوه) است که برای عقل بالفعل به‌منزله ماده است و در مرتبه دوم عقل بالفعل است که برای عقل مستفاد به‌منزله ماده است و در نهایت عقل مستفاد که نسبت به عقل بالفعل به‌منزله صورت است (نظریه تدرج ارسطویی).

در نظر فارابی، نفس جاویدان نیست مگر وقتی که به مرتبه عقل مستفاد برسد و از ماده بی‌نیاز شود و قدرت اتصال به عقل فعال را داشته باشد.



نظریه اجتماعی

به باور امیل دورکیم، طرز فکر و اصول اخلاقی و معتقدات دینی و آداب و رسوم را محیط اجتماعی، بی‌آنکه افراد خود متوجه آن باشند، به آنان تحمیل می‌کند. جامعه فقط مجموعه ساده و بی‌رنگ از افراد نیست بلکه ترکیبی است اصیل و واقعی، مستقل و ممتاز، دارای روح مخصوص، که با روح افراد متفاوت نام دارد. بنابراین روان‌شناسی را دنباله‌رو جامعه‌شناسی می‌داند.

دافع بزرگ نظریه اجتماعی امیل دورکیم: حکیم و جامعه‌شناس فرانسوی معتقد است همه استعداد‌های نفس انسان، حتی عالی‌ترین آنها مانند هوش، عقل و اراده زاده و پرورش یافته جامعه است.

روح اجتماعی یا روح گروهی با خصوصیات و ویژگی‌های خود از پیش، قبل از افراد موجود بوده و بعد از آنها نیز باقی می‌ماند و بر آنها تحمیل خواهد شد. اجتماعی امیل دورکیم: حکیم و جامعه‌شناس فرانسوی معتقد است همه استعداد‌های نفس انسان، حتی عالی‌ترین آنها مانند هوش، عقل و اراده زاده و پرورش یافته‌ی جامعه روان‌شناسی جدید هم عامل حیاتی و هم عامل اجتماعی و بدنی را در چگونگی کیفیات نفسانی مؤثر و دخیل می‌داند.

آرای جدید در مورد عقل و مبادی آن

معانی و اصطلاحات آن: معانی عقل: ۱- عقل در لغت به معنای درک کردن و فهمیدن آگاهانه است.

قرآن درباره کسانی که در مسیر انحطاط و کفر قرار گرفته و بر تعصب و جمود مستقر شده‌اند، می‌گوید: ﴿وَمَثَلُ الَّذِينَ كَفَرُوا كَمَثَلِ الذِّبْءِ يَتَّبِعُهُ الْبُحْلَاءُ مَا لِي بِأَنْ يَأْمُرَهُمْ فَبِمَا لَا يَسْمَعُونَ إِلَّا دَعَاءَ وَنِدَاءَ صُمُّ بُكْمٌ عُمَىٰ فَهُمْ لَا يَعْقِلُونَ﴾، «مثل آنان که کفر ورزیدند مثل آن کس است که بانگ زند بر حیوانی که نمی‌شنود جز خواندن و بانگ زدن را، کرانند و گنگانند و کورانند که تعمق نمی‌کنند».

امام صادق (ع) می‌فرماید: «هیچگاه پیامبر (ص) با مردم با کنه عقل خود صحبت ننمود. امام صادق می‌فرماید: «رسول الله می‌فرمود: ما جمعیت انبیا مأموریم که با مردم به اندازه عقلشان با آنها سخن بگوییم که ظاهراً عقل به معنی درک و فهم است».

۲- عقل در عرف به معنای نیروی تشخیص‌دهنده سود و زیان و خوب و بد به کار می‌رود.

امام باقر (ع) فرمود: «خداوند عقل را آفرید، فرمود: پیش بیا، پیش آمد، فرمود برگرد، برگشت، فرمود: به عزت و جلالم مخلوقی بهتر از تو نیافریدم».

۳- عقل نظری: قوه‌ای که به وسیله آن انسان به حقایق اشیا آگاهی می‌یابد.

امام صادق (ع): ﴿كثير النظر في العلم يفتح العقل﴾، «کثرت فراگیری و تحقیق در علوم، عقل را گشاید».

۴- به معنای نیرویی که مطلق حقایق را درک می‌کند، اعم از نظری و عملی

امیرالمؤمنین (ع) می‌فرماید: ﴿ویشيروا لهم دلائل العقول﴾، «خداوند انبیا را فرستاد تا گنج‌های پنهانی عقل‌ها را آشکار سازند».

﴿العقل غريزة تزيد بالعلم و تجارب﴾، «عقل یک نیروی فطری است که با علم و تجربه افزایش می‌یابد».

۵- عقل قوه‌ای است که تدبیر بدن و کمالات انسان به وسیله آن رهبری می‌شود. امیرالمؤمنین می‌فرماید: ﴿و ليس للعقل أن يَكُون شاخصا إلا في ثلاث: مرمة لمعاشه و خطوة لمعاده أو لذة في غير محرم﴾، «برای شخص عاقل درست نیست که حرکتش جز در یکی از سه جهت باشد: برای اصلاح امور زندگی، در راه آخرت و در لذت غیرحرام».

۶- عقل در علم اخلاق: به معنای نیرویی که انسان را به کارهای خوب وادار می‌کند و در مقابل نفس و هوی به کار می‌رود.

امیرالمؤمنین (ع) می‌فرماید: ﴿و كم من عقل اسير تحت هوى امير﴾، «چه عقل‌ها که اسیرند و هوا و هوس‌ها امیر و سلطان».

علی (ع) می‌فرماید: «کسی که مالک شهوت خود نباشد، مالک عقلش نیست».

۷- عقل به معنای نیرویی است که مفاهیم تصویری کلی را درک می‌کند در مقابل احساس تخیل و وهم و خلاصه آن مرتبه از نفس انسانی که مدرک مفاهیم کلی است. ۸- عقل به معنای مجرد تام: به عنوان عقول طولی یا عقول عرضی.

امام صادق (ع) می‌فرماید: «خداوند عقل را خلق نمود و او اولین مخلوق است از روحانیون». «ملانکه، عقل محض است و شهوت در آن نیست».

- در یک طبقه‌بندی دیگر معانی عقل را در جنبه اخلاقی - فلسفی و کلامی بررسی می‌کنند.

معنای اخلاقی عقل: امام صادق می‌فرماید: «عقل آن چیزی است که توسط آن خداوند عبادت شده و بهشت کسب می‌شود».

معنای کلامی عقل: امام صادق می‌فرماید: «پیغمبر حجت خدا بر بندگانش بوده و عقل حجت بین بندگان و خدا می‌باشد».

همچنین می‌فرمایند: «عقل ستون و پشتوانه انسان است و عقل منشأ زیرکی و فهم است».

معنای فلسفی عقل: در فلسفه عقل را مدرک کلی می‌نامند.

ویژگی‌های مهم عقل: خودآگاهی و قضاوت. **افعال عقل و کارکردهای عقل در قرآن عبارت‌اند از:** شعور - فقه - فکر - تذکر - بصیرت - درایت.

مراتب عقل از دیدگاه حکیم ترمذی: عقل فطری - عقل حجت - عقل تجربی - عقل موهوبی.

عوامل بازدارنده از رشد عقل از دیدگاه قرآن: صفات هواپرستی، حب دنیا، کبر و تعصب و لجاجت و اعمال دروغ و افترا، گناه، و حجاب‌های بیرونی مانند رهبران فاسد، دوستان گمراه و تبلیغات.

دیدگاه‌های فلاسفه متأخر غربی:

- اسپینوزا: عقل و ادراکات عقلی محدود و نسبی است.

- لایبنیتز: او ارزش مطلق احکام عقلی را مردود شمرده و ادراکات عقلی را محدود به ادراکات بالفعل می‌داند.

- کانت: بین معرفت حسی و معرفت عقلی خالص تفاوت وجود دارد.

- برگسن: فکر منطقی و معقول زاده صنعت است.

- ویلیام جیمز: فکر و عقل تابع عمل است.

- هیوم ضمن آنکه به عقل انسان به عنوان موهبت می‌نگرد، ولی برای آن محدودیت قائل است.

روش تحقیق



فصل اول: کلیات

علم و منابع آن

منابع علم

منابع علم عبارتند از: تجربه، صاحب‌نظران (مراجع مطلع)، روش خردگرایانه (استدلال قیاسی، استدلال استقرایی و تمثیل (تشبیه)) و روش علمی.

۱- تجربه: بخش عمده معرفتی که از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود، نتیجه تجربیات است.

۲- صاحب‌نظران: فرد پاسخ مشکلاتش را از شخصی می‌پرسد که قبلاً با آن مشکل مواجه شده و بر آن فائق آمده است.

۳- روش خردگرایانه (استدلالی): استدلال قیاسی فرایندی فکری است که طی آن فرد با بهره‌گیری از قوانین معین منطقی، از احکام کلی به احکام جزئی می‌رسد.

الف - استدلال قیاسی (قیاس منطقی): ارسطو (قرن چهارم قبل از میلاد) از کل ← به جزء

ب - استدلال استقرایی: فرانسویس بیکن (۱۶۲۶-۱۵۶۱م) در استدلال استقرایی از داده‌های مشاهده شده آغاز و سپس از آنچه که مشاهده کرده‌ایم

برای تبیین روابط بین پدیده‌ها استفاده می‌کنیم. گروه مورد تحقیق کوچک باشد. از جزء ← به کل

ج - تمثیل: اثبات حکم در امر جزئی به موجب اثبات آن در حکم جزئی دیگری که شبیه آن است، باعث تقویت احتمال می‌شود.

کج مثال ۱: کدام مورد در پژوهش علمی، بیانگر استدلال استقرایی است؟ (برنامه‌ریزی درسی، مدیریت آموزشی، تکنولوژی آموزشی - دکتری ۱۴۰۲)

(۱) مطالعه نمونه و تعمیم نتایج حاصل به کل جامعه

(۲) تدوین فرضیه پژوهش بر اساس یک نظریه غالب

(۳) انتخاب موضوع و مسئله پژوهش بر اساس اصل علمی

(۴) تعریف متغیرها به صورت عملیاتی با قابلیت اندازه‌گیری

پاسخ: گزینه «۱» در استدلال استقرایی، پژوهشگر باید براساس واقعیت‌های به دست آمده از مشاهده مستقیم به نتیجه‌گیری کلی بپردازد (از جزء به کل)، بنابراین مطالعه نمونه و تعمیم نتایج حاصل به کل جامعه بیانگر استدلال استقرایی است.

۴- روش علمی: چارلز داروین پژوهشگر به‌طور استقرایی از مشاهده به فرضیه و سپس به‌طور قیاسی از فرضیه به استنباط منطقی می‌رسد. روش علمی به

بررسی روابط احتمالی میان پدیده‌ها با استفاده از استدلال قیاسی و استقرایی می‌پردازد.

نکته: تفاوت‌های بین روش علمی و استدلال استقرایی استفاده از فرضیه (hypothesis) است. در استدلال استقرایی، انسان در مرحله اول به

مشاهده می‌پردازد و سپس اطلاعات به‌دست آمده را سازمان می‌دهد. اما در روش علمی، اگر فرضیه درست باشد، به‌طور منظم برای رد یا قبول

فرضیه، مشاهده را آغاز می‌کند.

نکته ۲: تحقیق روندی رسمی‌تر، منظم‌تر و قوی‌تر از روش علمی است. تحقیق مرحله تخصصی‌تری از روش‌شناسی علمی است.

اهداف علم عبارتند از: توصیف، تبیین، پیش‌بینی و کنترل.

توصیف: وضع موجود یک پدیده

پیش‌بینی: بین حال و آینده

تبیین: مهم‌ترین وظیفه علم است. چرایی و علل آن پدیده بین حال و گذشته

کنترل: دست‌کاری شرایط، عالی‌ترین هدف علم

کج مثال ۲: کدام مورد، مهم‌ترین ویژگی روش علمی است؟ (روان‌شناسی ۱ (کمی، کیفی و آمیخته) - دکتری ۱۴۰۳)

(۱) کنترل

(۲) عینیت

(۳) تعمیم

(۴) تکرارپذیری

پاسخ: گزینه «۱» مهم‌ترین ویژگی‌ها و اهداف روش علمی عبارت‌اند از: توصیف، تبیین، پیش‌بینی و کنترل.

مراحل روش علمی

جان دیویی مراحل روش علمی را به شرح زیر تقسیم کرده است:

۱- احساس مشکل یا مسئله؛ ۲- تعیین و تعریف مشکل یا مسئله؛ ۳- پیشنهاد راه‌حل یا راه‌حلی برای مشکل یا مسئله (صورت‌بندی فرضیه)؛

۴- استدلال به شیوه قیاسی درباره نتایج راه‌حل‌های پیشنهاد شده؛ ۵- آزمون فرضیه.

نظریه؛ انواع، اهداف و ویژگی‌های آن

نظریه «مجموعه‌ای از سازه‌ها، مفاهیم، تعاریف و گزاره‌های مرتبط به هم که از طریق مشخص ساختن روابط بین متغیرها، با هدف تبیین و

پیش‌بینی پدیده‌ها، دید نظام‌یافته‌ای از پدیده‌ها ارائه می‌کند».

ویژگی‌های نظریه

- ۱- نظریه باید دارای مفروضه‌های اندک و به زبان ساده باشد؛ «اصل امساک‌گری علم».
- ۲- سازگاری با واقعیت‌ها و دانش پیشین.
- ۳- فراهم کردن ابزار لازم برای آزمون خود.
- ۴- ایجاد انگیزه حقیقی بیشتر در جامعه و فراهم کردن زمینه برای تحقیق‌های جدید.
- ۵- توانایی توجیه داده‌ها: باید بسیاری از داده‌های موجود در حیطه خود را تبیین کند.
- ۶- توانایی تبیین: یک تبیین خوب از فرایندهایی که واقعاً در یک پدیده روی می‌دهد داشته باشد.
- ۷- آزمون‌پذیری: قادر به رد برخی آزمون‌های تجربی باشد.
- ۸- پیش‌بینی پیشامدهای تازه: در محدوده حوزه خود پدیده‌هایی را فراتر از آنچه از آغاز آن طراحی شده است؛ پیش‌بینی کند.
- ۹- اقتصاد و ایجاز: نظریه‌ای که با مفروضه‌های کمتری، پدیده‌های بیشتری را تبیین کند.

تحقیق علمی

کلمه مثال ۳: براساس کدام اصل، دانشمندان به دنبال تبیینی هستند که بیشترین داده‌ها را با کمترین مفروضات توضیح بدهد؟

(روان‌شناسی، علوم تربیتی و مشاوره - سراسری ۱۴۰۲)

۴) تکرارپذیری

۳) تجربه‌گرایی

۲) کنترل

۱) ایجاز

پاسخ: گزینه «۱» یکی از ویژگی‌های نظریه، اصل ایجاز یا اقتصاد است که طبق آن دانشمندان نظریه‌ای را که با مفروضه‌های کمتری پدیده‌های بیشتری را تبیین کند، ترجیح می‌دهند.

دسته‌بندی تحقیق براساس هدف

- نکته ۳:** در برخی از منابع این دسته‌بندی به سه دسته می‌باشد و تحقق، توسعه و تحقیق عملی یکی در نظر گرفته شده است.
- ۱- تحقیق بنیادی، محض، ناب یا پایه‌ای: افزایش حیطه فهم و دانش بشر: آزمون نظریه‌ها، تبیین روابط بین پدیده‌ها، کشف قوانین و اصول علمی نتیجه‌گرا است با تأکید بر مطالعه همبستگی درونی متغیر و تاریخ انقضا ندارد. هدف تحقیقات بنیادی دستیابی به دانش نظری و انتزاعی است.
 - ۲- تحقیق کاربردی: تصمیم‌گرا است، توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص. کمک به اتخاذ تصمیم‌های مربوط به نظام آموزشی، هدف آن حل مشکل انسان‌ها در دنیای واقعی و افزایش رفاه اجتماعی است.
 - اهداف تحقیقات کاربردی آزمون نظریه‌ها و کشف قوانین علمی است.
 - ۳- تحقیق و توسعه (R&D): «شناسایی نیاز یا استعداد، پیدایش اندیشه‌ها، آفرینش، طراحی، تولید، معرفی و انتشار یک محصول و فرایند یا نظام فناوری تازه». توسعه محصولات یا فرایندهای جدید.
 - ۴- تحقیق عملی: «اقدام‌پژوهی» تدوین و تشخیص مناسب بودن یک فرآورده آموزشی (طرح‌ها، روش‌ها و برنامه‌های درسی) است.

ویژگی‌های فرایند تحقیق علمی

- ۱- نظام‌دار است: جنبه آزمون و خطا (trial and error) دارد؛ یعنی حتی اگر به نتیجه‌ای هم بینجامد، تحقیق علمی خوانده نمی‌شود.
- ۲- تحقیق علمی امری منطقی است: درباره تعمیم نتایج تحقیق خود (روایی بیرونی) داور می‌کند.
- ۳- تراکمی است. ۴- تجربی است.
- ۵- داده‌ها را خلاصه می‌کنند (تقلیل‌گرایی): تبدیل آن‌ها به مقوله‌هایی قابل فهم از مفاهیم و سازه‌ها که از بی‌نظمی رویدادها و چیزهای پراکنده بکاهند.
- ۶- تکرارپذیر و انتقال‌پذیر: نقش آن در پیشبرد و نقش آن در تصمیم‌گیری‌ها.
- ۷- امری دوری یا متسلسل است: تعمیم پایان هر دور با آغاز دور بعدی.
- ۸- خود تصحیح‌کننده است. ۹- انتقادپذیر است.

ویژگی‌های علوم انسانی

- ۱- منطقی هستند.
- ۲- جبری هستند: وقوع هر رویدادی دلایلی دارد و صرفاً تصادفی نیست.
- ۳- از اصل امساک پیروی می‌کنند: یعنی از حداقل متغیرها، حداکثر قدرت تبیین را به دست می‌آورند.
- ۴- تخصصی هستند.
- ۵- به صورت آزمایشی مورد بررسی قرار می‌گیرند: برای آنکه فرضیه‌ها و نظریه‌های این علوم مورد استفاده قرار گیرند، باید در جهان واقعی قابل آزمون باشند.



فصل دوم: «مسئله و فرضیه پژوهش»

مسئله تحقیق

مسئله یک بیان یا جمله پرسشی است که می‌پرسد بین دو یا چند متغیر چه رابطه‌ای وجود دارد. ویژگی‌های مسئله تحقیق:

- ۱- ارتباط بین دو یا چند متغیر را مورد پرسش قرار دهد. ۲- روشن و بدون ابهام باشد و به صورت یک پرسش بیان شود. ۳- مسئله از طریق روش‌های تجربی قابل آزمایش باشد. متغیرهای رابطه به نحوی قابل اندازه‌گیری باشند. ۴- مسائل اخلاقی تولید نکند. ۵- دامنه آن محدود باشد.
- ویژگی مسائل غیر قابل حل: مسأله‌ای قابل حل است که فرضیه‌های مربوط به آن آزمون‌پذیر باشند.
- مسئله بدون ساختار
- وجود مفاهیم مبهم در مسئله
- عدم امکان جمع‌آوری اطلاعات
- دور باطل
- ویژگی‌های موضوع تحقیق: ۱- علاقه پژوهشگر؛ ۲- بدیع بودن؛ ۳- پژوهش‌پذیر بودن؛ ۴- اهمیت اولویت؛ ۵- توانایی پژوهشگر؛ ۶- منابع مادی؛ ۷- منابع اطلاعاتی؛ ۸- به صرفه بودن.

اهداف تحقیق و ویژگی‌های آن

الف) هدف کلی: محقق به همه جنبه‌ها، متغیرها و ابعاد تحقیق اشاره می‌کند. ب) هدف اختصاصی (جزئی یا ویژه): هر یک از هدف‌های اختصاصی به جنبه خاصی از هدف کلی تأکید می‌کند. هدف‌های اختصاصی عینی تر و از نظر تعداد، در مقایسه با هدف کلی بیشتر است.

ویژگی‌های هدف تحقیق مناسب: هدف باید: ۱- ارزشمند، ۲- منطقی، ۳- قابل تحقیق، ۴- واقع‌بینانه، ۵- روشن، دقیق و قابل درک باشد.

منابع تحقیق

- ۱- تجربه؛ ۲- مطالعه ادبیات (پیشینه پژوهش)؛ ۳- انجام پژوهش‌های مبتنی بر نظریه؛ ۴- تکرار و گسترش پژوهش‌های پیشین.
- گام‌های اساسی در بررسی پیشینه تحقیق: ۱- جستجوی منابع راهنما؛ ۲- استفاده از منابع دست‌دوم؛ ۳- مطالعه منابع دست اول؛ ۴- تلفیق آثار مورد مطالعه.
- اهداف بررسی ادبیات و پیشینه تحقیق
- محدود کردن مسئله تحقیق
- انتخاب روش‌شناسی دقیق
- اجتناب از دوباره‌کاری
- قرار دادن یافته‌های تحقیق در چارچوب تحقیقات قبلی
- کمک به تدوین سؤالات و فرضیه‌های تحقیق
- کمک در ارائه کاربرد یافته‌های تحقیق

فرضیه (hypothesis) و انواع آن

- راه‌حل پیشنهادی پژوهشگر برای پاسخگویی به مسئله؛ فرضیه، پژوهشگر را به یک موقعیت یا شرایط معین هدایت می‌کند.
- پیش‌بینی یا انتظارات پژوهشگر در مورد چگونگی رابطه بین متغیرها، رفتارها و یا رویدادهای مورد مطالعه است.
- پیش‌فرض (مفروضه): پیش‌فرض‌ها جملاتی هستند که درستی و اعتبارشان پذیرفته شده است و احتیاج به استدلال ندارند.
- پاسخ‌های احتمالی به سؤالات تحقیق
- تبیین علمی که هنوز به‌طور مناسبی آزمون نشده است.

کج مثال: منظور از تناظر صوری بین فرضیه‌ها یا سؤال‌ها با هدف‌های پژوهش، کدام است؟

(روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، مدیریت آموزشی، برنامه‌ریزی درسی، تکنولوژی آموزشی، مشاوره - دکتری ۱۴۰۲)

۱) تعداد هدف‌ها با سؤال‌ها برابر و با فرضیه‌ها نابرابر است.

۲) تعداد هدف‌ها با فرضیه‌ها برابر و با سؤال‌ها نابرابر است.

۳) برای تحقق هر هدف، تدوین چند فرضیه یا چند سؤال ضرورت دارد.

۴) برای آزمون هر فرضیه یا پاسخ به هر سؤال لازم است چند هدف تنظیم شود.

پاسخ: گزینه «۳» یکی از ویژگی‌های فرضیه این است که باید بین فرضیه‌ها و سؤال‌های ویژه یا فرعی تحقیق تناظر صوری و محتوایی وجود داشته باشد؛ زیرا تعداد و نوع سؤال‌های فرعی و فرضیه‌ها برخاسته از چارچوب نظری تحقیق است، پس باید بین آنها ارتباط منطقی وجود داشته باشد. منظور از تناظر صوری این است که اولاً به تعداد سؤال‌های فرعی، فرضیه تدوین شود و ثانیاً هر فرضیه در مقابل سؤال مربوط به آن قرار گیرد. منظور از تناسب و تناظر محتوایی این است که معنا و مفهوم هر فرضیه با معنا و مفهوم سؤال مربوط به آن تناسب داشته باشد؛ به عبارت دیگر، فرضیه و سؤال به لحاظ محتوایی با هم ارتباط منطقی داشته باشند.



انواع فرضیه

- ۱- فرضیه‌های استقرایی: «صورت‌بندی یک فرضیه از طریق تعمیم رابطه‌های مشاهده شده است.»
- ۲- فرضیه‌های قیاسی: قیاس از نظریه ساخته می‌شوند. می‌تواند به سیستم کلی‌تری از دانش، منتج شود. محققان در روش کمی از مدل قیاسی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده می‌کنند؛ یعنی فرضیه‌ها را قبل از مطالعه تدوین و بعد داده‌های مرتبط با فرضیه‌ها را جمع‌آوری می‌کنند و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهند تا مشخص شود که فرضیه‌ها رد یا تأیید شوند. در مقابل محققان کیفی از روش استقرایی استفاده می‌کنند؛ یعنی داده‌های مرتبط با موضوع را جمع‌آوری می‌کنند و پس از گروه‌بندی آن‌ها در طبقات مناسب یا معنی‌دار، تبیین‌هایی از داده‌های خود ارائه می‌دهند.

تقسیم‌بندی کلی فرضیه

فرضیه‌ها دو دسته هستند: فرضیه آماری و پژوهشی.

الف) فرضیه آماری: ۱- صفر ۲- خلاف

فرضیه آماری: با استفاده از نمادهای آماری و به صورت پارامتر نوشته می‌شوند و نقش آن‌ها هدایت پژوهشگر در انتخاب آزمون آماری است. بیان مقداری درباره پارامتر جامعه است.

۱- فرضیه صفر: عدم وجود رابطه بین متغیرهاست. وجود احتمالی تفاوت یا رابطه در حد شانس است. $H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0$. هدف آزمون‌های آماری رد یا تأیید فرضیه صفر است.

۲- فرضیه خلاف: منطبق با فرضیه پژوهشی است. انتظار پژوهشگر درباره نتایج پژوهش است. $H_A: \mu_1 - \mu_2 \neq 0$. (ب) فرضیه پژوهشی: به توصیف و چگونگی روابط بین متغیرها می‌پردازد. راهنمای محقق در تدوین فرض‌های خلاف است.

۱- فرضیه جهت‌دار: جهت تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته مشخص و معین می‌شود. از آزمون‌های آماری یک دامنه استفاده می‌شود.

۲- فرضیه بدون جهت: جهت، اختلاف یا روابط بین متغیرها مشخص نیست. هدف کشف روابط بین متغیرهاست.

📖 نکته ۱: جهت فرضیه‌های تحقیق به کمک ادبیات تحقیق و با استفاده از تجارب علمی و عملی پژوهشگر تعیین می‌شود.

آزمون فرضیه: ملاک با ارزش بودن یک فرضیه توانایی آن در آزمون روایی آن است. چقدر احتمال دارد که فرضیه تدوین شده به‌وسیله واقعیت‌ها (مشاهده‌ها) تأیید شود؟

ملاک‌های تدوین فرضیه

- ۱- روشن و دقیق باشد؛ ۲- آزمون‌پذیر باشد؛ ۳- با دانش موجود هماهنگ باشد؛ ۴- قدرت تبیین؛ ۵- عاری از مفاهیم اخلاقی و ارزشی باشد؛ ۶- دقیق و اختصاصی؛ ۷- فرضیه باید همبستگی یا رابطه بین دو متغیر را بیان کند؛ ۸- با یک نظریه منطبق باشد؛ ۹- قابلیت آزمایش و تکرار.

رابطه فرضیه، نظریه و قانون

فرضیه ← نظریه ← قانون ← اصل

📖 نکته ۲: تفاوت بین نظریه و فرضیه در میزان کاربرد آن است نه در نوع آن.

ملاحظات اخلاقی

- ۱- عدم مشارکت در پژوهش: اولین و مهم‌ترین حق هر انسانی آزادی در عدم مشارکت در پژوهش است.
- ۱- از طرح سؤال‌های غیرضروری خودداری شود. ۲- از بایگانی کردن اطلاعات خصوصی خودداری شود. ۳- اطلاعات به‌صورت مستقیم از والدین یا معلمان جمع‌آوری شود.
- ۲- داشتن اسم مستعار: الف - اطلاعات جمع‌آوری شده از افراد به صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. ب - برای هریک از افراد کد به کار برده شود.
- ۳- انتظار پذیرش مسئولیت به وسیله پژوهشگر: همه افراد انتظار دارند که پژوهشگر مسئول بوده و نسبت به مسائل انسانی حساس باشد.

سؤال‌های تحقیق

- ۱- سؤال‌های توصیفی: بر وجود، پیدایش یا تاریخچه رویدادها تأکید می‌کنند و در آن‌ها از کلمات «چه می‌باشد»، «چیست» و «چگونه است» استفاده می‌شود.
- ۲- سؤال‌های رابطه‌ای (همبستگی یا هم‌پراکنش): چگونگی رابطه بین دو یا چند متغیر
- ۳- سؤال‌های مقایسه‌ای یا تفاوتی: با تفاوت سطوح متغیرها سروکار دارند.

انواع محدودیت‌های تحقیق

- الف) محدودیت‌هایی که کنترل آن‌ها از عهده پژوهشگر خارج است: محدودیت‌های موجود در انتخاب نمونه، عدم توانایی در کنترل همه متغیرهای محدودیتی که در صحت و دقت ابزار و وسایل کار محقق موجود است.
- ب) محدودیت‌هایی که کنترل آن‌ها در اختیار پژوهشگر است: پژوهشگر برای خود محدودیت‌هایی در نظر می‌گیرد، مانند تصمیم درباره تعداد افراد در گروه تجربی و گروه شاهد، انتخاب جنسیت و سن آزمودنی‌ها، مشخص کردن وسعت حوزه تحقیق و دامنه آن، تجسس در یک موضوع خاص و مورد علاقه.



فصل اول: «آمار توصیفی – توزیع فراوانی و نمودارهای آن»

علم آمار و انواع آن

۱- **آمار توصیفی:** به جمع‌آوری، تلخیص، تنظیم و ارائه‌ی اطلاعات به صورت روشن و قابل فهم و در صورت لزوم به تعیین روابط موجود بین اطلاعات جمع‌آوری شده می‌پردازد. مهم‌ترین کاربرد آمار توصیفی، تلخیص داده‌هاست.

۲- **آمار استنباطی:** به آمار استنباطی، آمار پارامتری نیز گویند؛ زیرا به کمک نمونه‌گیری به تحلیل و استنتاج در مورد پارامترهای (ویژگی‌های) کلی جامعه آماری می‌پردازد.

آمار استنباطی به دو بخش زیر تقسیم می‌شود:

الف) آمار پارامتری (وابسته به توزیع): این روش مستلزم معلوم بودن توزیع جامعه است؛ یعنی توزیع جامعه، نرمال است. **ب) آمار ناپارامتری (آزاد از توزیع):** گاهی پژوهشگر اطلاعات کمی درباره توزیع متغیر وابسته در جامعه دارد و یا این توزیع انحراف زیادی از شکل بهنجار دارد. آزاد از توزیع یعنی برخی از ویژگی‌های توزیع جامعه آزاد یا مستقل هستند و نیازی به مفروضات متعدد ندارند.

نکته: تفاوت روش‌های پارامتری و ناپارامتری:

- ۱- بیان و درک روش ناپارامتری آسان‌تر از روش‌های پارامتری است.
- ۲- روش ناپارامتری دارای محاسبات ساده‌تری نسبت به روش‌های پارامتری است.
- ۳- روش‌های ناپارامتری برخلاف روش‌های پارامتری می‌توانند برای داده‌های اسمی یا ترتیبی که دارای مقادیر عددی دقیقی نیستند، به کار گرفته شوند.
- ۴- روش‌های ناپارامتری می‌توانند برای محدوده‌ی گسترده‌ای از شرایط و وضعیت‌ها به کار گرفته شوند، زیرا برای پارامتر موردنظر جامعه نیاز به شرایط جدی ندارند.
- ۵- در روش‌های ناپارامتری مقداری از اطلاعات جامعه از دست می‌رود؛ لذا این روش‌ها کارایی کمتری نسبت به روش‌های پارامتری متناظر دارند.
- ۶- حساسیت روش‌های ناپارامتری نسبت به روش‌های پارامتری متناظر کمتر است؛ یعنی در این روش‌ها برای رد فرضیه‌ی آماری نیاز به ادله بیشتر و یا شواهد وسیع‌تری داریم.
- ۷- در روش‌های ناپارامتری مقدار متغیر مهم نیست و بیشتر رتبه‌ی مشاهدات (بزرگ‌تر یا کوچک‌تر بودن) اهمیت دارد.

انواع داده‌های آماری

- الف) کمیت‌های پیوسته:** کمیت‌هایی که از اندازه‌گیری به دست آمده‌اند و امکان اینکه بین دو واحد متوالی آن کمیت‌های دیگر نیز قرار بگیرند، وجود دارد. کمیت‌های پیوسته دارای دامنه هستند و ساده‌ترین دامنه $0/5$ واحد پایین‌تر و $0/5$ واحد بالاتر قرار دارد.
- ب) کمیت‌های ناپیوسته (گسسته):** بین دو واحد متوالی آنها عدد یا کمیت دیگری قرار نمی‌گیرد. کمیت‌های گسسته دامنه ندارند و کسر نمی‌پذیرند؛ مانند تعداد اعضای خانواده.
- ج) داده‌های پارامتری:** اولاً فاصله‌ی بین واحدهای سازنده‌ی کمیت‌ها برابرند؛ یعنی با مقیاس فاصله‌ای یا نسبی اندازه‌گیری شده‌اند و ثانیاً توزیع آنها در یک جامعه‌ی آماری، بهنجار یا نزدیک به بهنجار است.
- د) داده‌های ناپارامتری:** فرضیه‌ی نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار نیست و اجزا یا فاصله‌ی کمیت‌ها برابر نیستند؛ بنابراین مقیاس‌های اسمی و یا رتبه‌ای، داده‌های ناپایداری تلقی می‌شوند.

توزیع فراوانی

سازمان دادن به اندازه‌ها یا مشاهدات به وسیله درآوردن آنها در قالب طبقات همراه با ذکر فراوانی هر طبقه. ویژگی **توزیع فراوانی:** توزیع فراوانی متقارن، توزیعی است که دو نیمه‌ی آن کاملاً با هم یکسان است. به توزیع‌های غیرمتقارن اغلب کج یا چوله گویند؛ یعنی توزیعی که با توجه به قسمت میانی آن، یک نیمه‌ی آن طویل‌تر از نیمه‌ی دیگر باشد.

الف) فراوانی مطلق: حاصل جمع ستون فراوانی مطلق در یک جدول فراوانی، برابر با تعداد کل نمره‌هاست ($\sum F = n$).

ب) فراوانی نسبی: تقسیم فراوانی مطلق یک طبقه یا یک نمره بر کل فراوانی‌ها:

$$f_k = \frac{F_k}{n}$$

نکته ۲: همواره جمع فراوانی‌های نسبی برابر با ۱ می‌باشد ($\sum f = 1$).



ج) فراوانی تراکمی (تجمعی): جمع متوالی فراوانی‌های ساده از پایین به بالا:

$$CF_i = F_1 + F_2 + \dots + F_i$$

نکته ۳: از فراوانی تراکمی جهت مقایسه‌ی نمره‌های دو یا بیش از دو گروه استفاده می‌شود.

نکته ۴: فراوانی تجمعی طبقه آخر جدول برابر با تعداد کل داده‌هاست ($CF_i = n$).

د) فراوانی تراکمی درصدی: فراوانی تراکمی همان طبقه را به مجموع کل اعداد (n) تقسیم و سپس حاصل را در 100 ضرب می‌کنیم:

$$\frac{CF}{n} \times 100$$

ه) فراوانی تراکمی نسبی: فراوانی نسبی آن طبقه و طبقات ماقبل را با هم جمع کنیم.

$$cf_i = f_1 + f_2 + \dots + f_i$$

مراحل ساخت جدول فراوانی طبقه‌بندی‌شده:

۱- محاسبه دامنه‌ی تغییرات: دامنه تغییرات، برابر است با تفاضل کوچک‌ترین عدد یا داده از بزرگ‌ترین عدد به اضافه ۱ (اضافه کردن ۱ به خاطر در نظر گرفتن حدود واقعی اعداد است).

$$R = \max - \min + 1$$

۲- تعیین تعداد طبقات: انتخاب تعداد طبقات، تجربی است؛ اما معمولاً تعداد طبقات را بین ۵ تا ۲۰ انتخاب می‌کنند. در صورت عدم تمایل به استفاده از این قاعده‌ی تجربی، می‌توان از فرمول زیر که به نام قانون استرژ معروف است، استفاده کرد؛ یعنی تقسیم داده‌های آماری به تعدادی رده یا طبقه (پایه‌ی لگاریتم نیز بر مبنای ۱۰ است).

$$K = 1 + \frac{3}{2} \log_{10} n$$

n = تعداد اعداد ، K = تعداد طبقات

نکته ۵: توصیه می‌شود داده‌ها به گونه‌ای طبقه‌بندی شوند که تعداد طبقات بین ۵ و ۱۵ باشد. البته تعداد طبقات به تفاوت بین بیشترین و کمترین عدد خام و همچنین به نحوه‌ی پراکندگی (فراوانی) داده‌ها بستگی دارد.

۳- تعیین فاصله، اندازه یا حجم هر طبقه: فاصله‌های طبقه (class intervals) یا فاصله‌های طبقاتی، به طبقه‌بندی‌های تعریف‌شده قراردادی متغیر گویند که آن را با حرف i نمایش می‌دهند. فرمول فاصله‌ی طبقاتی عبارت است از:

$$i = \frac{R \text{ (دامنه تغییرات)}}{K \text{ (تعداد طبقات)}}$$

۴- نوشتن طبقات: معمولاً نوشتن طبقات از کوچک‌ترین عددی که اندازه یا فاصله‌ی طبقات مضربی از آن است، آغاز می‌شود. به عنوان مثال وقتی که فاصله‌ی طبقات برابر ۳ باشد، بهتر است طبقات را با یکی از اعداد ۶، ۹، ۱۲، ۱۵ و ۱۸ شروع کنیم.

۵- حدود واقعی فاصله‌ی طبقه‌ها: در شرایطی که متغیر پژوهشی پیوسته باشد و نه گسسته، برای مشاهدات گزارش‌شده آن متغیر، حد تعیین می‌شود. حدود واقعی طبقات معمولاً از نیم واحد (0.5) اندازه‌گیری بالاتر و نیم واحد (0.5) پایین‌تر از ارزش گزارش‌شده تشکیل شده است. به عنوان مثال اگر یک اندازه‌گیری برحسب سانتی‌متر، ۴۱ سانتی‌متر گزارش شود، حدود دقیق‌تر و واقعی آن عبارت است از: 40.5 تا 41.5 . اما اگر ارزشی به شکل 80.5 سانتی‌متر گزارش شود، برای یافتن حدود واقعی آن، 0.5 از آن کم و 0.5 به آن اضافه می‌کنیم. در این صورت حدود واقعی این ارزش 80.45 تا 80.55 خواهد شد و یا اگر در آزمایشی، زمان واکنش مشاهده شده 196.0 ثانیه اندازه‌گیری شده باشد، حدود واقعی این زمان 195.5 تا 196.5 خواهد بود. به عبارت دیگر، برای به دست آوردن حد واقعی اعداد و ارزش‌ها به نسبت ارقام اعشاری که در آنها وجود دارد، 0.5 ، 0.05 ، 0.005 و ... به ارزش مورد نظر اضافه و یا کم می‌کنیم. بنابراین معمولاً در جداول پیوسته‌ای که داده می‌شود، حدود واقعی فاصله‌ی طبقه‌ها به صورت زیر به دست می‌آید:

(واحد) $0.5 -$ حد نمره = حد واقعی پایین

(واحد) $0.5 +$ حد نمره = حد واقعی بالا

نکته ۶: حدود نمره عبارت است از پایین‌ترین نمره‌ای که در یک طبقه وجود دارد. حدود واقعی طبقه، نقطه‌ای است که دقیقاً وسط حد پایین طبقه‌ی بالاتر و حد بالای طبقه‌ی پایین‌تر قرار می‌گیرد.

۶- نقطه میانی طبقات (X_i): نقطه‌ی میانی هر طبقه در وسط حدود واقعی طبقه قرار دارد و برای تعیین آن معدل همان طبقه را می‌گیریم، یعنی:

$$X_i = \frac{\text{حد پایین طبقه} + \text{حد بالای طبقه}}{2}$$

(مدیریت آموزشی - دکتری ۱۴۰۱)

کدام مثال: حدود واقعی برای طبقه ۲۳/۴ - ۲۱/۷ کدام است؟

(۴) ۲۱/۷۵ - ۲۳/۴۵

(۳) ۲۱/۵ - ۲۳/۵

(۲) ۲۱/۶۵ - ۲۳/۴۵

(۱) ۲۱ - ۲۳

پاسخ: گزینه «۲» چنانچه ارزش گزارش شده به شکل عدد صحیح باشد، به حدود واقعی نیم واحد (۰/۵) اضافه و نیم واحد (۰/۵) کم می‌کنیم. اما اگر ارزش گزارش شده به شکل عدد اعشاری باشد، از حدود واقعی ۰/۵ کم و ۰/۵ به آن اضافه می‌کنیم. بنابراین حدود واقعی برای طبقات داده شده برابر است با:

$$۲۱/۷ + ۰/۰۵ = ۲۱/۶۵ \quad , \quad ۲۳/۴ + ۰/۰۵ = ۲۳/۴۵$$

نمودارهای فراوانی

نمودار، تصویری دیداری از مجموعه داده‌های عددی یا برخی ویژگی‌های مجموعه است. نمایش داده‌ها طبق قراردادهای خاص به صورت هندسی. هدف نمودار ساده‌سازی است.

۱- نمودارهای کمی (در داده‌های نسبی و فاصله‌ای): نمودار کمی برای داده‌های پیوسته، گسسته و متغیرهایی که دارای مقیاس‌های فاصله‌ای و نسبی باشند، استفاده می‌شود.

انواع نمودارهای کمی عبارتند از:

الف- نمودار هیستوگرام (بافت‌نگار): متشکل از ستون‌هایی به هم چسبیده است. هر ستون نشان‌دهنده یک طبقه است. عرض هر ستون (محور Xها) برابر با فاصله طبقه و ارتفاع آن (محور Yها) برابر با فراوانی همان طبقه است.

ب- نمودار چند ضلعی: مورد استفاده بیشتری دارد. دلیل آن هم سهولت ساختن و توصیف آن است. اگر نقطه‌های وسط قاعده‌های بالایی مستطیل‌های هیستوگرام را به هم وصل کنیم یک خط شکسته به دست می‌آید که آن را نمودار چندضلعی گویند.

برای رسم نمودار یک گروه، بهترین نمودار، هیستوگرام است؛ اما برای مقایسه‌ی چند گروه، بهتر است از نمودار چندضلعی (بر روی یک دستگاه مختصات) استفاده شود. در این نمودار روی محور عمودی فراوانی مطلق یا نسبی و روی محور افقی به جای حدود واقعی طبقات، حد میانی طبقات را می‌نویسیم.

نکته ۷: برای به‌دست آوردن ابتدا و انتهای نمودار به اندازه نصف طول دسته نقطه ابتدایی و انتهایی، نزدیک و دور می‌شویم.

ج- نمودار چند ضلعی تراکمی (فراوانی تجمعی، اوجایو (نمودار منحنی)): وضعیت یک نمره یا یک فرد را نسبت به بقیه‌ی نمره‌ها یا افراد مشخص می‌کند؛ مثلاً برای مقایسه توزیع نمرات پیشرفت تحصیلی دو گروه از این نمودار استفاده می‌شود.

(روانشناسی، علوم تربیتی و مشاوره - سراسری ۱۴۰۳)

کدام مثال ۲: نمودار اوجایو، براساس کدام فراوانی رسم می‌شود؟

(۴) انتظاری

(۳) نسبی

(۲) مطلق

(۱) تجمعی

پاسخ: گزینه «۱» نمودار اوجایو یا چندضلعی تراکمی بر اساس فراوانی تجمعی یا تراکمی بر روی محور Y و نقاط میانی طبقات بر روی محور X رسم می‌شود.

د - نمودار شاخه و برگ یا ساقه‌ای: برای مجموعه کوچکی از داده‌های گسسته به کار می‌رود و هر داده را دو قسمت می‌کند:

- شاخه (تنه): معمولاً اولین رقم داده است. همیشه هم یک رقم است. به صورت عمودی از کمترین مقدار در بالا تا بیشترین مقدار در پایین است.

- برگ: رقم آخر داده است. می‌تواند بیش از یک رقم داشته باشد. در سمت راست شاخه به ترتیب افزایش اضافه می‌شود.

انواع نمودار شاخه و برگ

۱- نمودار شاخه و برگ ساده: این نمودار معمولاً برای داده‌هایی که به صورت اعداد کوچک هستند به کار می‌رود.

۲- نمودار پشت به پشت: نموداری که شاخه‌اش یکی است؛ اما برگ‌های یک نمونه در سمت راست شاخه و برگ‌های نمونه دیگر در سمت چپ شاخه وارد می‌شوند.

(برنامه‌ریزی درسی و مدیریت آموزشی - دکتری ۱۴۰۱)

کدام مثال ۳: در نمودار ساقه و برگ زیر، میانه کدام است؟

۷ | ۰ ۹

۸ | ۲ ۴ ۵

۹ | ۳ ۶ ۷ ۹

۱۰ | ۰ ۰ ۴ ۵ ۵

۱۱ | ۲ ۸ ۶

(۱) ۸۵

(۲) ۶۷

(۳) ۹۹

(۴) ۱۰۰

پاسخ: گزینه «۳» داده‌های نمودار از نوع گسسته هستند. بنابراین ابتدا داده‌های داخل نمودار ساقه برگ را به شکل خطی می‌نویسیم:

۷۰ - ۷۹ - ۸۲ - ۸۴ - ۸۵ - ۹۳ - ۹۶ - ۹۷ - ۹۹ - ۱۰۰ - ۱۰۰ - ۱۰۴ - ۱۰۵ - ۱۰۵ - ۱۱۲ - ۱۱۸ - ۱۱۶

چون تعداد داده‌ها فرد است بنابراین مقدار میانه برابر است با عدد وسط که در این داده‌ها عدد ۹۹ است.



ه) نمودار جعبه‌ای: برای نشان دادن نحوه‌ی پراکندگی داده‌ها سودمند است. ابتدا داده‌ها را به صورت غیرنزولی مرتب و سپس آن‌ها را در ۵ عدد خلاصه می‌کنیم:

- ۱- کوچک‌ترین داده (x_1)
 - ۲- بزرگ‌ترین داده (x_n)
 - ۳- میانه داده‌ها (m)
 - ۴- چارک اول داده‌ها (Q_1)
 - ۵- چارک سوم (Q_3)
- فاصله‌ی دو نقطه‌ی پایانی دنباله‌ها را با $R = x_n - x_1$ نشان داده و آن را دامنه‌ی داده‌ها (دامنه تغییرات) می‌نامند. طول جعبه را با $Q = Q_3 - Q_1$ نشان داده و آن را دامنه‌ی میان چارکی (دامنه تغییر بین چارک اول و سوم) می‌نامند.

هر اندازه R و Q بزرگ‌تر باشند پراکندگی بیشتر است. میزان تقارن یا عدم تقارن با این نمودار به خوبی دیده می‌شود. داده‌هایی که نسبت به سایر داده‌ها خیلی کوچک‌تر یا خیلی بزرگ‌تر باشند، باعث می‌شوند که R بزرگ شود و در نتیجه دنباله‌ی چپ یا راست درازتر شود. معمولاً این نوع داده‌ها را که به نام داده‌های دورافتاده یا پرت شهرت دارند، کنار گذاشته و نمودار جعبه‌ای را با بقیه‌ی داده‌ها می‌سازند و داده‌های پرت را با نقاط جداگانه در پایان دنباله‌ها می‌گذارند. چنین نموداری را نمودار جعبه‌ای اصلاح‌شده می‌گویند. معمولاً داده‌ای را که بیش از $1/5 Q$ از Q_1 یا Q_3 دور باشد، داده پرت محسوب می‌کنند. ملاک تشخیص داده پرت عبارت است از:

$$Q_3 + 1/5(Q_3 - Q_1) < x < Q_1 - 1/5(Q_3 - Q_1)$$

داده‌های پرت (دورافتاده): مقداری است که نسبت به مجموع نمرات توزیع در حد افراط یا تفریط قرار داشته باشد. به طور فاحش با سایر داده‌های توزیع تفاوت دارند. به عبارت دیگر، داده‌های پرت، نمره‌های کرانه‌های متغیر ملاک یا پیش‌بین هستند. از طریق نمودار جعبه‌ای می‌توان دامنه تغییرات، چارک سوم و کجی را استخراج کرد.

۲- نمودارهای کیفی (وصفی) در داده‌های اسمی و رتبه‌ای: این نوع از نمودارها برای داده‌های کیفی که دارای مقیاس اسمی یا ترتیبی‌اند، استفاده می‌شوند.

الف- نمودار ستونی (میله‌ای): داده‌های جمع‌آوری شده متعلق به متغیرهای گسسته بوده و با استفاده از مقیاس اسمی اندازه‌گیری شده‌اند. ستون‌ها مجزا از هم هستند. ارتفاع هر ستون برابر با فراوانی مطلق یا نسبی هر گروه یا طبقه است. عرض ستون بر روی محورهاست و برای نمایش کیفیت مشاهدات هر گروه یا طبقه به کار می‌رود.

ب- نمودار دایره‌ای: بر روی یک دایره به ازای هر طبقه، قطاع یا کمانی برحسب درصد یا درجه رسم می‌شود. برای محاسبه‌ی درجه یا درصد هر کمان از فرمول زیر استفاده می‌شود:

$$\text{سهم بر حسب درصد} = \frac{F_i}{n} \times 100 \quad \text{سهم بر حسب درجه} = \frac{F_i}{n} \times 360$$

مثال ۴: تعداد کل نفرات یک آزمون، ۱۸ نفر است. اگر فراوانی تراکمی طبقه ماقبل آخر ۶ نفر باشد، زاویه نمودار دایره‌ای مربوط به طبقه آخر، چقدر است؟

(روانشناسی، علوم تربیتی و مشاوره - سراسری ۱۴۰۳)

۲۴۰ (۴)

۱۲۰ (۳)

۱۸۰ (۲)

۹۰ (۱)

$$n = 18, CF_1 = 6$$

پاسخ: گزینه «۴» طبق داده‌های سؤال داریم:

$$CF_1 = 18$$

فراوانی تراکمی طبقه آخر جدول برابر با تعداد کل داده‌هاست $CF_1 = n$ ، بنابراین:

پس فراوانی تراکمی طبقه آخر برابر است با: $CF_1 = 18 - 6 = 12$. طبق فرمول محاسبه درجه کمان در نمودار دایره‌ای داریم:

$$\frac{F_i}{n} \times 360 \Rightarrow \frac{12}{18} \times 360 = 240$$



فصل دوم: «شاخص‌های مرکزی»

مُد (نما) (Mode)

شاخص‌های مرکزی نشان می‌دهند که موارد مطالعه شده یا داده‌های حاصل در ارتباط با هم یا به طور متوسط چگونه هستند.

مُد (نما)

نمره‌ای که بیش از نمره‌های دیگر تکرار شده، علامت آن MO است که شاخصی بی‌ثبات و درجه پستی و بلندی نمودار توزیع فراوانی است. انواع نما در توزیع‌ها عبارتند از:

- ۱- توزیع بدون نما: هیچ عددی که دارای بیشترین فراوانی باشد، وجود ندارد.
- ۲- توزیع تک‌نمایی: توزیعی که یک نما داشته باشد.
- ۳- توزیع دونمایی: توزیعی که دو نما دارد. اگر دو نمره تکراری کنار هم باشند برای محاسبه نما معدل دو نمره محاسبه می‌شود.
- ۴- توزیع چندنمایی: توزیع چند نما دارد.

محاسبه نما

نما برای داده‌هایی که دارای مقیاس فاصله‌ای و یا نسبی هستند و به صورت جدول تنظیم شده‌اند، به دو صورت محاسبه می‌شود:

- ۱- برحسب فراوانی: نما در یک جدول توزیع فراوانی، برابر ارزش عددی نقطه‌ی میانی طبقه‌ای است که فراوانی آن از سایر طبقات بیشتر باشد. به عنوان مثال، اگر در جدولی طبقه‌ی ۲۴-۲۶ دارای بیشترین فراوانی باشد، نمای این طبقه برابر است با عدد میانی طبقه، یعنی عدد ۲۵.
- نکته:** چنانچه دو طبقه در مجاورت هم دارای بیشترین فراوانی باشند، نما بین این دو طبقه قرار خواهد داشت؛ یعنی نما برابر است با حد بالای طبقه‌ی پایین‌تر یا حد پایین طبقه‌ی بالاتر.

- ۲- در داده‌های طبقه‌بندی شده: برای محاسبه نما مراحل زیر را به ترتیب انجام می‌دهیم:

۱- ابتدا طبقه‌ای که بیشترین فراوانی مطلق را دارد انتخاب می‌کنیم.

۲- از فرمول زیر، نما را محاسبه می‌کنیم:

L : حد (کران) پایین واقعی طبقه‌ای که بیشترین فراوانی مطلق را دارد.

d_1 : تفاضل فراوانی مطلق طبقه مُددار از قبلی

d_2 : تفاضل فراوانی مطلق طبقه مُددار از بعدی

i : فاصله طبقات

$$Mo = L + \left(\frac{d_1}{d_1 + d_2} \right) \times i$$

ویژگی‌های نما

چهار عمل جمع، تفریق، ضرب و تقسیم بر روی میزان یا اندازه نما تأثیر دارد. اگر داده‌ها با عدد ثابتی جمع یا تفریق شوند و در عدد ثابتی ضرب یا تقسیم شوند، همین تغییرات برای نما هم خواهد بود:

$$Mo(ax_i \pm b) = aMo(x_i) \pm b$$

ویژگی‌های نما

محدودیت‌ها	موارد استفاده	ویژگی‌ها
۱- در نمونه‌های کوچک، مقدار نما، تحت تأثیر شانس قرار می‌گیرد، زیرا تغییر در مقدار نمره یک یا دو نفر می‌تواند مقدار نما را چند واحد تغییر دهد.	۱- وقتی مقیاس اندازه‌گیری اسمی، فاصله‌ای یا نسبی باشد.	۱- یک شاخص اسمی است.
۲- برای داده‌های گروه‌بندی‌شده، نمای تقریبی در حد میانی طبقه قرار می‌گیرد.	۲- وقتی پژوهشگر علاقه‌مند باشد عددی را که بیشتر تکرار شده است پیدا کند.	۲- عددی است که دارای بیشترین فراوانی است.
۳- در توزیع‌های فراوانی، طبقه‌هایی که بیشترین فراوانی را دارند، با هم تقریباً یکسان هستند، نما یک شاخص ضعیف برای توزیع به شمار می‌آید. در یک چنین توزیع تخت یا مسطح شکلی، میانه در مقایسه با نما، اطلاعات بیشتر و مفیدی‌تری را در زمینه‌ی اندازه‌ی گرایش به مرکز یک توزیع ارائه می‌دهد.	۳- وقتی پژوهشگر علاقه‌مند باشد اطلاعات کلی، سریع و فوری درباره‌ی گرایش‌های مرکزی به دست آورد.	۳- غالباً در وسط توزیع نمره‌ها است.
		۴- در برخی از توزیع‌ها بیش از یکی وجود دارد.
		۵- دارای اعتبار یا ثبات بسیار کمی است.
		۶- برآورد بسیار ضعیفی از پارامتر جامعه است.
		۷- به ندرت به کار می‌رود.
		۸- اصطلاحاً شاخصی ظاهری است. به عبارتی شکل ظاهری یک توزیع را نشان می‌دهد. از آن بیشتر در تفسیر داده‌های مقوله‌ای استفاده می‌شود.

میانه (median)

نقطه‌ای است که نیمی از توزیع نمره‌ها (50%) در بالای آن و نیم دیگر (50%) در کمتر یا مساوی آن قرار دارد. آن را با علامت Md یا Me یا Mn نشان می‌دهند. اگر توزیع ما دارای کجی و یا داده‌های پرت باشد (به عبارتی اعداد خیلی بزرگ یا خیلی کوچک)، مناسب‌ترین شاخص گرایش مرکزی، میانه خواهد بود.

چنانچه توزیع چولگی منفی یا مثبت داشته یا نداشته باشد، میانه 50% داده‌ها را شامل می‌شود.

مراحل محاسبه میانه در جداول فراوانی طبقه‌بندی شده:

۱- مقدار $\frac{N}{2}$ را به دست آورید (N: مجموع فراوانی‌های مطلق)

۲- فراوانی‌های تجمعی را تشکیل دهید (CF).

۳- در بین فراوانی‌های تجمعی به دست آمده، اولین طبقه‌ای را که فراوانی تجمعی آن بزرگ‌تر یا مساوی $\frac{N}{2}$ است، مشخص کنید (طبقه موردنظر).

۴- از فرمول زیر میانه را به دست آورید:

$$Md = L + \left(\frac{\frac{N}{2} - CF}{F} \right) \times i$$

L: حد (کران) پایین واقعی طبقه‌ای که میانه در آن قرار دارد؛ N: تعداد نمره‌ها؛ CF: فراوانی تراکمی طبقه قبل از طبقه‌ای که میانه در آن قرار دارد؛ F: فراوانی مطلق طبقه‌ای که میانه در آن قرار دارد؛ i: فاصله‌ی طبقاتی.

ویژگی‌های میانه

۱- حجم اعداد بزرگ در مقدار میانه تأثیری ندارد. میانه نسبت به اعداد بزرگ یا کوچک حساس نیست.

۲- ضرب و تقسیم داده‌ها در عددی ثابت بر روی میانه نیز اثر دارد و آن را تغییر می‌دهد.

۳- مجموع قدرمطلق تفاوت نمرات (داده‌ها) از میانه همواره کوچک‌تر یا مساوی مجموع قدرمطلق تفاوت نمرات نسبت به هر نمره‌ی دیگری غیر از میانه است؛ (a هر عددی غیر از میانه است).

$$\sum |x_i - Md| \leq \sum |x_i - a|$$

کلمه مثال ۱: کمینه‌کننده عبارات $\sum_{i=1}^n (x_i - B)^2$ و $\sum_{i=1}^n |x_i - A|$ کدام‌اند؟

(روانشناسی، علوم تربیتی - دکتری ۱۴۰۳)

$$B = \bar{x} \text{ و } A = \text{Med} \quad (1) \quad B = \text{Mod} \text{ و } A = \text{Med} \quad (2) \quad B = \ln \text{Med} \text{ و } A = \bar{x} \quad (3) \quad B = \log \bar{x} \text{ و } A = \text{Mod} \quad (4)$$

پاسخ: گزینه «۱» طبق مهم‌ترین خاصیت میانه، عبارت $\sum_{i=1}^n |x_i - A|$ زمانی کمینه، کمترین یا min است که $A = \text{Med}$ باشد (چون مجموع

قدرمطلق تفاوت داده‌ها از میانه، حداقل (کمترین مقدار) است. $\left(\sum |X - \text{Md}| < \circ \right)$

کمینه‌کننده عبارت $\sum_{i=1}^n (x_i - B)^2$ عبارت است از $\bar{B} = \bar{x}$. چون طبق ویژگی میانگین، مجموع مجذور انحراف نمره‌ها از میانگین حداقل است. $\sum (X - \bar{X})^2 < \circ$

ویژگی‌های میانه

ویژگی‌ها	موارد استفاده
۱- یک شاخص ترتیبی (رتبه‌ای) است.	۱- وقتی پژوهشگر علاقه‌مند باشد یافته‌ها را به صورت ترتیبی تفسیر کند.
۲- مقدار آن به وسیله عددی که در وسط توزیع قرار دارد، تعیین می‌شود.	۲- وقتی به عددی که در وسط توزیع قرار دارد نیاز باشد.
۳- تحت تأثیر ارزش عددی کلیه نمره‌ها قرار ندارد.	۳- هنگامی که در توزیع نمره‌ها، اعداد خیلی بزرگ یا خیلی کوچک وجود داشته باشد.
۴- به غالب نمره‌های توزیع نزدیک است.	
۵- در محاسبه‌ی آن از عملیات ریاضی کمتری استفاده می‌شود.	
۶- ثبات آن از میانگین کمتر ولی از نما بیشتر است.	
۷- با مقیاس‌های ترتیبی و فاصله‌ای و نسبی به کار برده می‌شود.	
۸- میانه یکی از نقاط درصدی (صدک پنجاهم) است. فقط به جای $\frac{n}{2}, P(n)$	
در فرمول می‌آید:	
	$P = \frac{50}{100} = 0.50 = \frac{1}{2} \Rightarrow P(n) = \frac{1}{2}n = \frac{n}{2}$

میانگین (mean)

میانگین نقطه تعادل یا مرکز ثقل داده‌هاست. مرکز ثقل مجموعه‌ای از اندازه‌هاست. چنانچه توزیع دارای کجی زیادی باشد، استفاده از میانگین مناسب نیست.

انواع میانگین:

– میانگین حسابی، میانگین ناهمساز یا میانگین نمونه $\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$: تقسیم مجموع نمرات ($\sum x$) بر تعداد نمرات (n)

کج مثال ۲: در یک نمونه با ۱۲ مشاهده میانگین متغیر برابر با $\bar{X} = 9$ است. با حذف یکی از مشاهدات نمونه میانگین به $\bar{X} = 7$ تغییر کرده است. کدام مشاهده از نمونه حذف شده است؟

(روان‌شناسی، علوم تربیتی و مشاوره - سراسری ۱۴۰۱)

۱۱ (۴)

۲۱ (۳)

۳۱ (۲)

۶۳ (۱)

پاسخ: گزینه «۲» اطلاعات داده‌شده در صورت سؤال را در فرمول میانگین قرار می‌دهیم:

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n} \left\{ \begin{array}{l} \bar{X}_1 = 9, n_1 = 12 \rightarrow 9 = \frac{\sum x}{12} \rightarrow \sum x = 12 \times 9 = 108 \\ \bar{X}_2 = 7, n_2 = 11 \rightarrow 7 = \frac{\sum x}{11} \rightarrow \sum x = 11 \times 7 = 77 \end{array} \right. \xrightarrow[\text{مشاهده را محاسبه می‌کنیم}]{\text{تفاوت بین دو}} 108 - 77 = 31$$

– میانگین پیراسته: میانگین بریده‌شده یا وینزوری، زمانی که توزیع داده‌ها دارای چولگی باشد، یا داده‌های پرت در میان داده‌ها وجود داشته باشد.

$$\bar{X} = \frac{1}{n-k} \sum x_i$$

حاصل جمع کل نمرات $\sum x_i$ تعداد داده‌های پرت k تعداد افراد n

– میانگین وزنی: با علامت \bar{X}_w نشان می‌دهند. در آن برای هر مقدار، وزن یا ضریب خاصی به عنوان میزان اهمیت آن در محاسبه میانگین در نظر گرفته می‌شود.

– میانگین کل (میانگین مرکب و میانگین میانگین‌ها): برای محاسبه میانگین گروه‌های مختلف با توجه به تعداد گروه‌ها:

۱- اگر حجم هریک از نمونه‌ها یا تعداد اعضای هر یک از گروه‌ها مساوی باشد:

$$\bar{X}_T = \frac{\sum \bar{x}}{N}$$

تعداد میانگین‌ها N

۲- چنانچه گروه‌ها دارای حجم نامساوی باشند:

$$\bar{X}_T = \frac{\sum \bar{x}_i n_i}{N_T}$$

مجموع کل نمونه‌ها یا گروه‌ها: N_T مجموع حاصل ضرب میانگین هر گروه در تعداد آن: $\sum \bar{x}_i n_i$

– میانگین هندسی: میانگین هندسی دو عدد A و B برابر است با ریشه دوم حاصل ضرب آن‌ها $G = \sqrt{AB}$. میانگین هندسی N عدد برابر است با:

$$G = \sqrt[N]{(x_1)(x_2)(x_3) \dots (x_N)}$$

– میانگین همساز، توافقی یا هارمونیک: عکس میانگین هندسی است. برای محاسبه میانگین داده‌ها با مقیاس ترکیبی مانند کیلومتر بر ساعت به کار می‌رود.

$$H = \frac{1}{\frac{1}{N} \left(\frac{1}{x_1} + \frac{1}{x_2} + \dots + \frac{1}{x_N} \right)}$$

نکته ۲: رابطه بین \bar{x} ، G و HM

$$\bar{X} > G > HM$$

ویژگی‌های میانگین

۱- میانگین نقطه‌ی تعادل یا مرکز ثقل (center of gravity)، توزیع نمره‌هاست.

۲- میانگین برخلاف میانه، تحت تأثیر اعداد بزرگ و کوچک قرار می‌گیرد و همیشه به سمت اعداد بزرگ یا کوچک کشیده می‌شود (در محاسبه میانگین همه اعداد توزیع دخالت دارند؛ لذا معتبرترین گرایش مرکزی است).

۳- همواره حاصل جمع جبری انحراف‌ها از میانگین برابر با صفر است ($\sum (x - \bar{x}) = 0$).

۴- اگر مقدار ثابتی را به همه نمرات یک مجموعه داده اضافه و یا کم کنیم، میانگین هم به همان اندازه بزرگ‌تر یا کوچک‌تر خواهد شد ($\overline{X_{x \pm c}} = \bar{X}_x \pm c$).



۵- اگر همه‌ی نمرات را در مقدار ثابتی ضرب کنیم، میانگین به همان نسبت بزرگ‌تر خواهد شد ($\bar{X}_{xc} = \bar{X}_x \times c$).

۶- اگر همه‌ی نمرات را بر مقدار ثابتی تقسیم کنیم، میانگین به همان نسبت کوچک‌تر خواهد شد ($\bar{X}_{\frac{x}{c}} = \frac{\bar{X}_x}{c}$).

۷- همیشه مجموع مجذور انحراف نمره‌ها از میانگین، کوچک‌تر یا مساوی با مجموع مجذور انحراف نمره‌ها از هر عدد دیگری است ($\sum(x - \bar{X})^2 \leq \sum(x - A)^2, A \neq \bar{X}$).
به عبارتی میانگین در اصل ارزشی است که براساس آن عبارت $\sum(x - \bar{X})^2$ حداقل است.
چنانچه توزیع دارای کجی زیادی باشد استفاده از میانگین مناسب نیست.

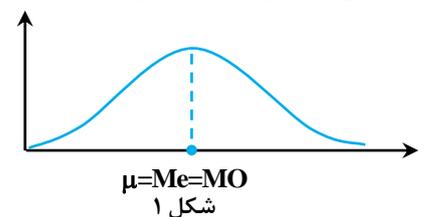
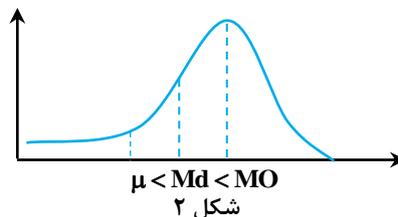
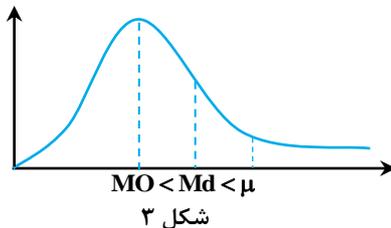
ویژگی‌های میانگین

ویژگی‌ها	موارد استفاده
۱- یک شاخص فاصله‌ای است.	۱- وقتی پژوهشگر علاقه‌مند باشد داده‌ها را به صورت فاصله‌ای تفسیر کند.
۲- مرکز ثقل نمرات و نماینده‌ی واقعی نمرات است.	۲- زمانی که پژوهشگر علاقه‌مند باشد که ارزش عددی همه‌ی نمره‌ها در محاسبه‌ی آن از عملیات ریاضی بیشتری استفاده می‌شود.
۳- در محاسبه‌ی آن از همه‌ی اعداد یا نمره‌ها استفاده می‌شود.	۳- وقتی سؤال پژوهشی به صورت کمی باشد.
۴- نمره‌های خیلی بزرگ یا کوچک در آن تأثیر دارد و میانگین را به طرف خود می‌کشد.	۴- وقتی که میانگین برای محاسبات دیگری استفاده شود.
۵- مجموع انحراف از میانگین همیشه صفر است.	
۶- باثبات‌ترین شاخص مرکزی است.	
۷- بهترین برآورد از میانگین جامعه است.	
۸- با مقیاس‌های فاصله‌ای و نسبی به کار برده می‌شود.	

مقایسه شاخص‌های مرکزی

رابطه بین سه شاخص در توزیع‌های دارای کجی

- (۱) توزیع متقارن: میانگین، میانه و نما بر هم منطبق هستند و با هم برابرند. (شکل ۱)
(۲) توزیع کجی: دو طرف منحنی قرینه نیستند و دنباله آن به یک طرف کشیده می‌شود.
الف) کجی (چولگی) منفی: کجی به چپ و یا چوله به چپ (شکل ۲)
ب) کجی (چولگی) مثبت: کجی به راست و یا چوله به راست است. (شکل ۳)



نکته ۳: تفسیر کجی منفی این است که بیشتر افراد نمره‌های بالاتر از میانگین دارند و فقط تعداد کمی، کمتر از میانگین می‌گیرند که نشانگر این است که آزمون برای افراد مورد آزمایش آسان بوده است.

نکته ۴: تفسیر کجی مثبت آن است که در کجی مثبت بیشتر افراد مورد مطالعه، نمره یا اعداد کمتر از میانگین گرفته‌اند و فقط تعداد کمی بالاتر از میانگین گرفته‌اند که نشانگر این است که آزمون برای بیشتر افراد دشوار بوده است.

(برنامه‌ریزی درسی و مدیریت آموزشی - دکتری ۱۴۰۱)

$$\bar{x} = md = \text{mod} \quad (۴)$$

$$\bar{x} \neq md = \text{mod} \quad (۳)$$

$$\bar{x} = md \neq \text{mod} \quad (۲)$$

$$\bar{x} \neq md \neq \text{mod} \quad (۱)$$

۴-۵-۵-۶-۶-۶-۷-۷-۸

مثال ۳: در توزیع نمرات ۷، ۶، ۸، ۷، ۶، ۵، ۶، ۴، ۵ کدام مورد درست است؟

پاسخ: گزینه «۴» ابتدا داده‌های توزیع را به صورت مقابل مرتب می‌کنیم:

مقدار مد یا نما (mod) برابر است با عددی که بیشترین تکرار را دارد؛ یعنی ۶
مقدار میانه (md) در داده‌های فرد برابر است با عدد وسط داده‌ها؛ یعنی ۶

مقدار میانگین (\bar{X}) برابر است با حاصل جمع اعداد تقسیم بر تعداد آنها یعنی:

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n} = \frac{۵۴}{۹} = ۶$$

$$\bar{x} = md = \text{mod}$$

بنابراین در این توزیع مقادیر نما، میانه و میانگین با هم برابر است:

فرمول تجربی پیرسون

اگر در نمرات کجی خفیف باشد روابط زیر بین سه پارامتر میانگین، میانه و مد برقرار است.

روان‌شناسی مرضی
(آسیب‌شناسی)



فصل اول: «رفتار نابهنجار»

آسیب‌شناسی روانی: علم مطالعه نابهنجاری‌ها و اختلالات روانی است.

روان‌شناسی بالینی: شاخه‌ای از روان‌شناسی که مسئول بررسی، درک و درمان اختلالات روانی است.

اختلال روانی: سندرم یا الگوی روان‌شناختی یا رفتاری است که؛ (۱) نوعی ناکارایی روانی در فرد است، (۲) با ناراحتی و اختلال در کارکرد همراه است و (۳) پاسخ نامعمول و از لحاظ فرهنگی غیرمنتظره است.

ملاک‌های تشخیص رفتار نابهنجار: (۱) ندرت وقوع آماری (انحراف از عملکرد نرمال و بهنجار)، (۲) تخطی از هنجارها (تخلف از معیارهای اجتماعی و فرهنگی)، (۳) پریشانی شخصی (تجربه عذاب هیجانی یا جسمانی)، (۴) ناتوانی یا کژکاری (آسیب در برخی حیطه‌های زندگی مانند کار یا روابط شخصی و ...)، (۵) پیش‌بینی‌ناپذیری (پاسخ‌های غیرمنتظره به عوامل تنش‌زای محیطی)، (۶) ناراحتی اجتماعی (ایجاد ناراحتی و عذاب برای دیگران) و (۷) خطرناک بودن.

اختلال روانی در DSM-5: نشانگانی در فرد وجود دارد که ویژگی‌های اصلی آن عبارت‌اند از: مختل شدن شناخت، کنترل هیجان یا رفتار به‌صورتی که از لحاظ بالینی مهم باشد و ناسامانی یا نقص عملکردی در فرایندهای روان‌شناختی، زیست‌شناختی و رشدی را که در پشت‌پرده عملکرد ذهنی قرار دارند، منعکس می‌کند. در DSM-5 فقط دو معیار؛ رنج شخصی و ناسامانی عملکردی برای اختلالات روانی معرفی شده است.

ملاک‌های تمایز رفتار بهنجار و نابهنجار دکتر پریرخ دادستان: (۱) دیدگاه مرضی یا آسیب‌شناختی: براساس علامت‌شناسی و نشانه‌های بالینی قابل تشخیص است. (۲) دیدگاه آماری: براساس آمار و منحنی نرمال است. (۳) دیدگاه فرهنگی: براساس محیط اجتماعی است. (۴) دیدگاه آرمانی‌نگر یا تعیین‌الگوی بهنجاری: الگوی آرمانی بهنجاری است. (۵) بهنجاری به منزله سازش با توقعات خود و توقعات جهان بیرون: دیدگاه برگرفته از ژان پیاژه است.

کج مثال ۱: وجه اشتراک سه ملاک قانونی، آماری و انحراف از هنجارهای اجتماعی اتکا به کدام اصل است؟
(۱) اکثریت (۲) جامعیت (۳) قابلیت (۴) تناسب (دکتری ۱۴۰۱)

پاسخ: گزینه «۱» برای تشخیص رفتار نابهنجار، ملاک‌های مشخصی وجود دارد که با استناد به آنها می‌توان یک رفتار را نابهنجار تلقی کرد. یکی از این ملاک‌ها انحراف از هنجارهای آماری است: به این ترتیب که اگر اکثریت جامعه یک رفتار را انجام دهند یا یک صفت را دارا باشند، آن رفتار بهنجار تلقی می‌شود. از سوی دیگر، ملاک دیگر، ملاک انحراف از هنجارهای اجتماعی است که می‌گوید فرهنگ الگوی مورد توجه اکثر افراد است که تبعیت از آن هنجاری بودن را تداعی می‌کند و در نهایت ملاک قانون توجه به شرایطی است که تبعیت از آن مورد استقبال اکثر افراد قرار می‌گیرد و نادیده گرفتن آن هرج و مرج و بی‌نظمی ایجاد می‌کند.

کج مثال ۲: در تعریف DSM-5 از «اختلال روانی»، کدام معیار پذیرفته شده است؟
(۱) واکنش رایج در برابر استرس (۲) ناتوانی در انجام فعالیت‌های مهم زندگی
(۳) تعارض‌هایی که بین فرد و جامعه رخ می‌دهد. (۴) رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی منحرف هستند. (دکتری ۱۴۰۲)

پاسخ: گزینه «۲» در DSM، ویژگی اصلی اختلال روان، ناتوانی در انجام فعالیت‌های زندگی است. این ناتوانی یا بدکارکردی/ بدعملکردی باعث نقص در زندگی روزمره، شغل، تحصیلات و ... می‌شود.

عوامل ایجاد نابهنجاری

(۱) دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی (مدل یکپارچه): این یک چارچوب جامع و بسیار پذیرفته شده است که برای درک علل و تداوم اختلالات روانی به کار می‌رود. این مدل تأکید می‌کند که بیماری نتیجه تعامل پیچیده عوامل زیر است:

- عوامل زیستی شامل مواردی مانند ژنتیک و سابقه خانوادگی، شیمی مغز، عفونت‌ها، آسیب‌های مغزی یا بیماری‌های جسمی و ...؛

- عوامل روانی شامل مواردی مانند خلق و خو، شخصیت و الگوهای فکری، مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف، تروماهای روانی گذشته و نگرش‌ها و باورها؛

- عوامل اجتماعی شامل مواردی مانند رویدادهای استرس‌زای زندگی، کیفیت زندگی خانوادگی و حمایت اجتماعی، فرهنگ، جامعه و وضعیت اجتماعی - اقتصادی.

این عوامل تحت چهار دسته کلی یا الگوی ساختاری طبقه‌بندی می‌شوند:

۱- عوامل مستعدکننده: شامل ژنتیک و سابقه خانوادگی، عوامل پیش از تولد و پیرامون تولد، ویژگی‌های سرشتی و خلق‌وخو، ساختار و شیمی مغز. این عوامل

آسیب‌پذیری و آمادگی فرد را برای ابتلا به یک اختلال روانی افزایش می‌دهند. ۲- عوامل آشکارساز یا تسریع‌کننده: شامل رویدادهای استرس‌زای زندگی، تروما و تجارب آسیب‌زا، بیماری‌های جسمی شدید و تغییرات بزرگ زندگی. اینها عوامل مستقیم و محرکی هستند که شروع اختلال را رقم می‌زنند و یا آن را آشکار

می‌سازند. ۳- عوامل زمینه‌ساز: شامل الگوهای فکری و شناختی ناسازگار، رفتارهای ناسالم، مشکلات محیطی ادامه‌دار و عدم دریافت درمان مناسب. این عوامل باعث تداوم و ماندگاری اختلال پس از شروع آن و یا مانع بهبودی آن می‌شوند و اختلال را به یک مشکل مزمن تبدیل می‌کنند. ۴- عوامل تداوم‌بخش: شامل

عوامل بیولوژیکی تداوم‌بخش، چرخه‌های معیوب و استیگما (انگ‌زنی). این عوامل نیز بهبودی را دشوارتر می‌کنند.



در برخی متون، عوامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش تحت یک عنوان کلی عوامل ماندگارکننده دسته‌بندی می‌شوند و قابل تفکیک نیستند یا به عبارت بهتر عوامل زمینه‌ساز در خود فرد وجود دارند که باعث تداوم اختلال می‌شوند. عوامل تداوم‌بخش، عواملی هستند که پس از آغاز اختلال چرخه معیوبی را ایجاد می‌کنند و مانع بهبود می‌شوند.

- کلمه مثال ۳:** عواملی مثل ژنتیک که فرد را برای ابتلا به یک بیماری روانی خاص، آماده‌تر نگه می‌دارند، چه نام دارند؟ (دکتری ۱۴۰۲)
- (۱) مستعدکننده (Predisposing) (۲) زمینه‌ساز (Precipitating) (۳) تداوم‌بخش (Perpetuating) (۴) پیش‌بینی‌کننده (Predictive)

پاسخ: گزینه «۱» در مدل‌های معروف آسیب‌شناسی (همچون مدل آسیب‌پذیری ارثی - استرس اینگل) مجموعه عوامل وراثتی که فرد را برای ابتلا به یک بیماری خاص، آماده‌تر نگه می‌دارد، عامل مستعدکننده است. عامل زمینه‌ساز مجموعه ویژگی‌هایی است که می‌تواند فرد را به سمت مشکلات به‌طور جدی سوق دهد.

- مدل آسیب‌پذیری - استرس:** افراد با آمادگی یا بیماری‌پذیری ارثی متولد می‌شوند و این امر آن‌ها را در معرض خطر ابتلا به اختلال روانی قرار می‌دهد. وقتی استرس روی می‌دهد، فردی که آسیب‌پذیری دارد، در معرض خطر زیاد ابتلا به اختلال روانی قرار می‌گیرد که مستعد آن است.
- مدل افزایشی:** بیماری‌پذیری ارثی و استرس باهم جمع می‌شوند و وقتی یکی بالاست دیگری می‌تواند پایین باشد و بالعکس.
- مدل تعاملی:** فردی که بیماری‌پذیری ارثی ندارد با هر میزان استرس نیز دچار اختلال نخواهد شد.
- (۲) **عوامل روان‌شناختی:** وجود آشفتنگی‌هایی در افکار، عقاید و احساسات مانند: یادگیری‌های قبلی، الگوهای فکری ناسازگارانه، داشتن تیپ شخصیتی A و ...
- (۳) **عوامل زیست - عصب‌شناختی:** عوامل تأثیرگذار ارثی و محیطی در عملکرد جسمی مانند: نابهنجاری‌ها در غده تیروئید، آسیب مغزی، مسمومیت، عدم تعادل هورمون‌ها و پیک‌های عصبی و
- (۴) **عوامل اجتماعی - فرهنگی:** وجود عواملی مانند فقر، بیکاری، سبک‌های مختلف زندگی، تحصیلات پایین، سنت‌ها و ...

سلامت روان

داشتن کارکردهای روانی در زمینه تفکر، خلق و رفتار که منجر به فعالیت‌های ثمربخش، روابط ارضاکنده با دیگران و توانایی انطباق یا تغییر و مدارا با ناملایمات و گرفتاری‌ها شود. **تاب‌آوری:** توانایی مقاومت در برابر شرایط نامساعد و فائق شدن بر آن.

عوامل حفاظتی: عوامل تأثیرگذاری که پاسخ فرد را به عوامل استرس‌زای محیطی تغییر می‌دهند و احتمال ابتلای فرد به اختلال روانی را کاهش می‌دهند، مانند محیط خانوادگی گرم و مهربان و ...

دیدگاه‌های رایج بهنجاری: بهنجاری و نابهنجاری در مورد مسائل روانی به آسانی از یکدیگر قابل تشخیص نیستند و یکی از دلایل آن، نداشتن مدل آرمانی یا مدل طبیعی برای مقایسه است.

(۱) بهنجاری به‌عنوان سلامت (فقدان علائم و نشانه‌ها ← سلامت)، (۲) بهنجاری به‌عنوان کمال مطلوب، (۳) بهنجاری به‌عنوان حد متوسط (حد وسط منحنی زنگوله‌ای‌شکل) و (۴) بهنجاری به‌عنوان فرآیند (رفتار بهنجار نتیجه سیستم‌های متعامل است).

دیدگاه پویا: این دیدگاه ریشه در تفکر فریدریش نیچه و بعدها در روانشناسی وجودی و روانپوشی دارد و یک پارادایم پویا و امیدبخش را جایگزین دیدگاه سنتی در مورد سلامت و بیماری می‌کند. در دیدگاه سنتی، سلامت و بیماری دو قطب مخالف و ثابت در نظر گرفته می‌شوند، اما در دیدگاه پویا، سلامت یک وضعیت ایستا و ثابت نیست و یک فرایند مداوم و فعال است. فرد سالم کسی نیست که هرگز بیمار نمی‌شود، بلکه کسی است که توانایی و ظرفیت گذر از بیماری و بازگشت به حالت سلامت یا رسیدن به سطحی بالاتر از سلامت قبلی را دارد.

اجزای کلیدی این دیدگاه: (۱) پذیرش رنج به‌عنوان بخشی از زندگی، (۲) تاب‌آوری و (۳) بحران به‌عنوان فرصت رشد. به قول نیچه؛ آنچه مرا نکشد، قوی‌ترم می‌کند.

- کلمه مثال ۴:** در کدام دیدگاه، فرد سالم کسی است که می‌تواند بیمار شود اما توانایی به‌دست آوردن سلامت را داراست؟ (دکتری ۱۴۰۱)
- (۱) مرضی (۲) آماری (۳) ایدئال (۴) پویا مرضی

پاسخ: گزینه «۴» این دیدگاه ریشه در تفکر فریدریش نیچه و بعدها در روانشناسی وجودی و روانپوشی دارد یک پارادایم پویا و امیدبخش را جایگزین دیدگاه سنتی در مورد سلامت و بیماری می‌کند. در دیدگاه سنتی سلامت و بیماری دو قطب مخالف و ثابت در نظر گرفته می‌شوند. اما در دیدگاه پویا، سلامت یک وضعیت ایستا و ثابت نیست و یک فرایند مداوم و فعال است. فرد سالم کسی نیست که هرگز بیمار نمی‌شود، بلکه کسی است که توانایی و ظرفیت گذر از بیماری و بازگشت به حالت سلامت یا رسیدن به سطحی بالاتر از سلامت قبلی را دارد. اجزای کلیدی این دیدگاه: (۱) پذیرش رنج به‌عنوان بخشی از زندگی (۲) تاب‌آوری (۳) بحران به‌عنوان فرصت رشد. به قول نیچه؛ آنچه مرا نکشد، قوی‌ترم می‌کند.



فصل سوم: «تشخیص، طبقه‌بندی و درمان»



تشخیص

تشخیص: یک طبقه‌بندی تخصصی است که متخصصان بهداشت روان از آن استفاده می‌کنند تا اختلالات را از هم متمایز کنند.

فواید تشخیص: (۱) اولین و مهم‌ترین فایده تشخیص، هموار کردن راه برای ارتباط بین درمان‌گراهاست. (۲) امکان انجام تحقیقات تجربی در زمینه آسیب‌شناسی روانی را فراهم می‌کند. (۳) حداقل به‌طور نظری مؤثرترین درمان را نشان می‌دهد.

نشانه‌ها: به یافته‌های عینی و مشاهدات بالینگر اطلاق می‌شود و چیزی است که دیگران آن را مشاهده، اندازه‌گیری و یا ثبت می‌کنند؛ مانند سراسیمگی.

علائم: تجربیات ذهنی است که بیمار توصیف می‌کند و چیزی است که فرد بیمار آن را تجربه می‌کند. آنها احساسات، افکار یا حواسی هستند که فقط خود بیمار می‌تواند مستقیماً آن‌ها را درک کند.

نکته ۱: نشانه‌ها اغلب تظاهر بیرونی و قابل اندازه‌گیری علائم درونی هستند. روند تشخیص در آسیب‌شناسی روانی، تلفیقی از علائم و نشانه‌هاست.

سندرم: گروهی از علائم و نشانه‌ها که با همدیگر بیماری قابل تشخیصی را به وجود می‌آورند؛ برای مثال اسکیزوفرنی یک سندرم تلقی می‌شود تا یک اختلال اختصاصی.

اختلال: مجموعه علائمی که علت مشخصی ندارند، ولی دارای معیارهای مشخصی هستند؛ مانند اختلالات اضطرابی.

اختلال روانی: سندرم رفتاری یا روان‌شناختی با اهمیت بالینی همراه با ناراحتی یا ناتوانی واکنش قابل انتظاری در مقابل حادثه‌ای خاص نبوده و یا محدود به رابطه بین فرد و جامعه نباشد.

مثال ۱: کدام مورد تفاوت علامت (sign) و نشانه (symptom) را مشخص می‌کند؟ (دکتری ۱۴۰۱)

- (۱) علامت شاخص اختلال و نشانه شاخص بیماری است.
 (۲) علامت مشاهدات متخصص و نشانه شکایات بیمار است.
 (۳) علامت شکایات بیمار و نشانه مشاهدات متخصص است.
 (۴) علامت شاخص بیماری و نشانه شاخص اختلال است.

پاسخ: گزینه «۲» Sign به مشکلات قابل رؤیت مراجع اشاره دارد. یعنی هرآنچه که متخصص می‌تواند به راحتی آن را ببیند. اما در مقابل symptom به شکایات ذهنی مراجع گفته می‌شود که به واسطه مصاحبه و گفتگو با متخصص به دست می‌آید.

مثال ۲: جلوه عینی یک حالت بیمارگون، در آسیب‌شناسی روانی چه نام دارد؟ (دکتری ۱۴۰۲)

- (۱) اختلال (Disorder) (۲) علامت (Sign) (۳) نشانه (Symptom) (۴) نشانگان (Syndrome)

پاسخ: گزینه «۲» Sign: مجموعه مشکلات قابل رؤیت مراجع (جلوه عینی مشکلات روان‌شناختی) symptom: شکایات ذهنی مراجع که به‌واسطه فرایند مصاحبه با متخصص به دست می‌آید.

نظام طبقه‌بندی DSM

روان‌شناسان و روان‌پزشکان برای تشخیص (اعلام رسمی ابتلای فرد به یک بیماری یا اختلال روانی)، آن‌ها را براساس معیارهای DSM طبقه‌بندی می‌کنند. قبلاً از DSM-IV-IR استفاده می‌شد که اختلالات روانی را در پنج محور اصلی و براساس نظام مقوله‌ای طبقه‌بندی می‌کرد و اصولاً رویکردی توصیفی به اختلالات داشت. هم‌اکنون DSM-5 استفاده می‌شود که به ۲۲ فصل تقسیم شده است و مجموعه‌ای از اختلالات مرتبط را شامل می‌شود و اختلالات مرتبط به یکدیگر به هم نزدیک‌ترند. تغییرات و خصوصیات آن شامل: (۱) حذف سیستم چندمحوری (مهم‌ترین تغییر)؛ (۲) تأکید بر مدل بعدی؛ (۳) تابع نظام ICD؛ (۴) استفاده از رویکرد رشدی در اختلالات؛ (۵) تأکید بیشتر بر جنبه‌های فرهنگی و جنسیتی در اختلالات.

در DSM-5 به جای مقیاس سنجش کلی عملکرد (GAF) (محور پنجم ویراست قبلی) از WHODAS.2.0 استفاده می‌شود که توانایی فرد در ایفای مسئولیت‌های شغلی و اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند.

چشم‌انداز آینده DSM براساس حرکت از یک سیستم توصیفی و کیفی به سمت یک سیستم عینی، کمی، چندبعدی و زیست‌محور استوار است. این تغییر پارادایم با هدف افزایش دقت تشخیصی، درک بهتر علل زیربنایی اختلالات و در نهایت ارائه درمان‌های مؤثرتر و شخصی‌سازی شده صورت می‌گیرد.

مهم‌ترین معیارها برای انتخاب ملاک‌های اختلالات روانی در DSM شامل: (۱) شواهد پژوهشی و علمی (۲) قابلیت استفاده و قابلیت اطمینان بالینی برای تشخیص و درمان، (۳) اجماع متخصصان و (۴) اعتبار آنها می‌باشد.

رویکرد طبقه‌بندی: در این رویکرد فرض بر این است که اختلالات در طبقات مجزا جای می‌گیرند. مبنای آن حضور یا عدم حضور یک رگه یا صفت است. در رویکرد اعتبارسنجی ملاک‌های تشخیصی طبقات مختلف اختلالات روانی، شواهد گوناگونی را در نظر گرفته‌اند: عوامل اعتباربخش پیشایند (نشانه‌های ژنتیک مشابه، صفات خانوادگی، مزاج و مواجهه با عوامل طبیعی)، عوامل اعتباربخش مقارن (اساس عصبی مشابه، نشانه‌های زیستی، فرایندهای شناختی و هیجانی و تشابه علائم)، عوامل اعتباربخش پیش‌بینی‌کننده (سیر بالینی و پاسخ درمانی مشابه). درواقع یک اختلال روانی موجود در یک طبقه همچون

افسردگی، شرایط پیش‌آیند مشخص و مشترکی با سایر انواع اختلالات این طبقه دارد که در شکل‌گیری و وقوع این اختلال دخالت دارد. همچنین علائم این اختلال با ویژگی‌های زیستی و یا یک الگوی روان‌شناختی همراه است که به طور معمول اشتراکاتی با سایر اختلالات این طبقه دارد.

نقاط ضعف سیستم طبقه‌ای: (۱) از دست رفتن اطلاعات مهم دیگر وقتی فرد برچسب یک اختلال خاص را می‌گیرد. (۲) داغ‌نگ، (۳) کلیشه‌سازی.

فایده نظام طبقه‌بندی: یک سطح آستانه برای درمان در اختیار می‌گذارد.

رویکرد ابعادی: در این مدل افراد را طبق درجه‌ای ارزیابی می‌نمایند که ویژگی‌های اساسی را تجربه می‌کنند و مبنای آن کمیت و فراوانی رگه یا صفت است. مطابق با این دیدگاه، اختلالات روانی، اختلالات مجزا نیستند؛ بلکه عارضه‌هایی مرتبط به هم هستند که روی یک پیوستار از درجه خفیف تا شدید قرار می‌گیرند. یک نظام ابعادی می‌تواند با مشخص کردن آستانه، یک نظام مقوله‌ای را در خود جای دهد.

طبقه‌بندی پروتوتیپیکال: براساس نظریه پروتوتیپ در روان‌شناسی شناختی، طبقه‌بندی اشیاء و رویدادها در ذهن افراد به صورت تدریجی (درجه‌ای) است و بعضی موارد از بعضی دیگر مهم‌ترند. در طبقه‌بندی پروتوتیپیکال برای اختلالات روانی، تعداد زیادی از ویژگی‌های هر اختلال فهرست می‌شود و فرد باید تعداد کافی از آن‌ها را داشته باشد تا متعلق به آن طبقه تشخیص داده شود.

طبقه‌بندی ریخت‌شناسی: تعلق یک اختلال به یک ریخت، براساس دارا بودن چندویژگی یا رگه اصلی است و ضرورت ندارد همه خصیصه‌های مربوط به آن ریخت وجود داشته باشند. در این نوع طبقه‌بندی از دو راهبرد یا الگوی شجره تصمیم و مقایسه نیم‌رخ‌ها استفاده می‌شود.

فرایند تشخیص: تشخیص توصیفی یکپارچه و سازمان‌یافته از نشانه‌ها و ناراحتی‌های مراجعان است و فرایند تشخیص شامل استفاده از تمام اطلاعات مربوط برای دستیابی به برجستگی است که اختلال درمانجو را توصیف می‌کند.

تشخیص همزمان: هر بیمار علاوه بر تشخیص اصلی، دارای اختلال‌های دیگری هم است، از جمله تشخیص همزمان اضطراب فراگیر و سوء مصرف مواد و الکل که شایع‌ترین اختلالات همزمان هستند.

تشخیص افتراقی: منتفی کردن تشخیص‌های جایگزین که ممکن است از برخی جهات شباهت‌هایی به هم داشته باشند.

شیوع: تعداد موارد مشاهده‌شده جدید بیماری در مدتی معین.

شیوع اختلالات روانی: شیوع همه‌گیرشناسی اختلالات روانی: (۱) اختلالات اضطرابی، (۲) اختلالات خلقی و (۳) اختلالات مصرف مواد.

شیوع اختلالات روانی در زنان: (۱) فوبی اختصاصی، (۲) افسردگی اساسی و (۳) اختلال وسواسی - جبری (OCD).

شیوع اختلالات روانی در مردان: (۱) اختلالات مصرف مواد، (۲) فوبی اختصاصی و (۳) افسردگی اساسی.

شیوع اختلالات روانی در DSM-5: (۱) اختلالات اضطرابی، (۲) اختلالات خلقی، (۳) اختلال سلوک و کنترل تکانه و (۴) اختلال مصرف مواد.

پیشگیری از اختلالات روانی: عبارت است از دانش ارتقای بهداشت روانی و اجتناب از بیماری‌های روانی از طریق آموزش و درمان به‌موقع و شامل سه نوع است:

(۱) پیشگیری اولیه (شناسایی افراد در معرض خطر)؛ (۲) پیشگیری ثانویه (تشخیص ظهور علائم اختلال و مدیریت آن‌ها قبل از آن‌که نسبت به درمان مقاوم شوند)؛

(۳) پیشگیری ثالث (کاستن از شدت، مدت و آثار یک اختلال روانی بعد از به‌وجود آمدن آن).

روان‌شناسی مثبت‌نگر: مطالعه و تقویت احساسات مثبت (مثل خوش‌بینی و احساس رضایت از زندگی)، صفات شخصیتی مثبت (مثل سخت‌کوشی و خرد)، توانایی‌های مثبت (مثل مهارت‌های اجتماعی) و خصوصیات مثبت گروهی (مثل ایثار و تحمل). به عبارت دیگر، مطالعه احساسات، صفات و توانایی‌های مثبت که می‌توانند سلامت روانی را ارتقا دهند و از اختلالات روانی پیشگیری کنند.

نکته ۲: یکی از اصول مهم خدمات بهداشت روان و روان‌شناسی سلامت، پیشگیری است.

الگوی ملاک حوزه پژوهش: این الگو اختلالات روانی را بر مبنایی کاملاً متفاوت و نوآورانه نسبت به سیستم‌ها سنتی، مانند DSM-5 و ICD-11

طبقه‌بندی می‌کند. مبنای اصلی طبقه‌بندی در این الگو، مکانیسم‌های عصبی - زیستی زیربنای رفتار و شناخت است نه صرفاً علائم و نشانه‌های بالینی.

این الگو قصد دارد با کنار گذاشتن مرزهای مصنوعی تشخیص‌های سنتی، یک چارچوب جامع برای تحقیقات آینده فراهم کند تا در نهایت به تشخیص‌های دقیق‌تر و درمان‌های شخصی‌شده‌تر منجر شود.

مثال ۳: کدام مورد، مبنای طبقه‌بندی اختلال‌های روانی در الگوی طبقه‌بندی ملاک حوزه پژوهش (Research Domain Criteria) است؟ (دکتری ۱۴۰۲)

(۴) زیست‌شناختی

(۳) روان‌شناختی

(۲) بوم‌شناختی

(۱) تحلیلی

پاسخ: گزینه «۴» سیستم زیست‌شناختی، مبنای طبقه‌بندی اختلالات روانی در الگوی طبقه‌بندی ملاک حوزه پژوهش است.

(دکتری ۱۴۰۲)

مثال ۴: کدام مورد، بیانگر مهم‌ترین تغییر DSM-5 نسبت به ویرایش قبلی است؟

(۲) حذف انواع فرعی اسکیزوفرنی

(۱) حذف ارزیابی چندمحوری

(۴) اضافه شدن اختلال اضطراب جدایی به اختلال‌های اضطرابی

(۳) ترکیب اختلال میل و برانگیختگی جنسی

پاسخ: گزینه «۱» یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های DSM-IV-TR ارزیابی چندمحوری (طبقه‌بندی ۵ محوری) بود که مراجع را در ۵ محور (نشانه‌ها بالینی/اختلالات شخصیت/مشکلات جسمانی/ویژگی‌های اجتماعی/عملکرد کنونی) تقسیم‌بندی و تشریح می‌کرد. این طبقه‌بندی در DSM-5 حذف شد.

مثال ۵: در تمایز بین سلامت و بیماری، آنچه یک فرد سالم را از یک فرد بیمار متمایز می‌کند، کدام مورد است؟
(دکتری ۱۴۰۲)

(۱) شدت و درجه (۲) ماهیت (۳) کیفیت (۴) علت

پاسخ: گزینه «۱» یکی از ویژگی‌های بارز DSM در ویرایش‌های اخیر آن (از DSM-5 به بعد) تمرکز بر مفهوم شدت در توصیف علائم و مشکلات روان‌شناختی مراجع است. در ویرایش‌های سابق DSM برای طبقه‌بندی و تشخیص، تأکید زیادی بر تعداد علائم بود، اما در نسخه‌های اخیر DSM آنچه فرد بیمار را از فرد سالم متمایز می‌کند، شدت یک علامت همچون غم است. چراکه غم در حالت عادی در همه افراد تجربه می‌شود. اما شکل شدید آن می‌تواند عامل تشخیص یک اختلال باشد.

مثال ۶: رد کردن تشخیص‌های جایگزین، بیانگر چه مفهومی در آسیب‌شناسی روانی است؟
(دکتری ۱۴۰۲)

(۱) تشخیص اولیه (۲) تشخیص اصلی (۳) همبودی (۴) تشخیص افتراقی

پاسخ: گزینه «۴» تشخیص افتراقی (Differential Diagnosis): منتفی کردن تشخیص‌های جایگزین، یعنی حذف اختلالات احتمالی دیگر. برای مثال سردرد می‌تواند در اختلال نشانه جسمانی و بیماری‌های سایکوسوماتیک نمایان شود. در فرایند تشخیص دقیق‌تر باید بتوانیم یک تشخیص را رد و تشخیص اصلی را مطرح کنیم که این سردرد بخشی از علائم کدام اختلال است.

مثال ۷: چشم‌انداز آینده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، بر کدام اساس استوار است؟
(دکتری ۱۴۰۲)

(۱) علائم و نشانه‌ها (۲) سیر (روند) و علائم (۳) شیوه پدیدآیی و علائم (۴) علت‌های زیربنایی و نشانه‌ها

پاسخ: گزینه «۴» با اینکه نسخه‌های قبلی DSM به حوزه علت‌شناسی یا مسائل زیربنایی وقوع نشانه‌ها و علائم ورود پیدا نکرده بود، اما چشم‌انداز و هدف آتی آن بررسی نشانه‌ها از منظر علل زیربنایی آن است.

مثال ۸: در علم آسیب‌شناسی روانی، رد کردن تشخیص‌های جایگزین، بیانگر کدام مفهوم است؟
(دکتری ۱۴۰۳)

(۱) تشخیص اولیه (۲) تدوین موردی (۳) هم‌زمانی اختلالات (۴) تشخیص افتراقی

پاسخ: گزینه «۴» تشخیص افتراقی برای دو یا چند اختلال نزدیک به هم کاربرد دارد که در یک یا چند علامت اشتراکاتی را نشان می‌دهند. در واقع یک علامت می‌تواند در دو اختلال دیده شود، اما به واسطه سایر ویژگی‌ها می‌توان آن دو را از هم افتراق داد. برای مثال علامت سردرد در اختلال نشانه جسمانی و بیماری‌های سایکوسوماتیک مثل میگرن دیده می‌شود، اما باید مشخص کرد که این سردرد اساساً به کدام طبقه تعلق دارد. به همین ترتیب، رد کردن تشخیص‌های جایگزین، تشخیص افتراقی نام دارد.

درمان

روان‌درمانی: عبارت است از تعامل میان یک درمانگر و مراجع به منظور ایجاد تغییرات مثبت در مراجع.

برنامه درمان شامل مسائلی است که چاره‌اندیشی فوری، اهداف کوتاه‌مدت و اهداف بلندمدت را شامل می‌شود. طرح‌ریزی درمان به فرایندی اطلاق می‌شود که نشان‌دهنده فنون و فرایندهای درمانی است که در درمان یک مراجع خاص مورد استفاده قرار می‌گیرد. طرح‌ریزی درمان مستلزم تصمیم‌گیری در مورد انتخاب فنون درمانی معین است که باید برای دستیابی به اهداف درمانی خاص مورد استفاده قرار گیرند که از پیش تعیین شده‌اند.

تدوین موردی: یک فرضیه یا توضیح یکپارچه و مختصر است که درمانگر براساس نظریه‌های روانشناختی و اطلاعات به دست آمده از درمانجو می‌سازد. این توضیح به سه سؤال اصلی پاسخ می‌دهد: (۱) چرا مشکل به وجود آمده است (علل و عوامل زمینه‌ساز)؟ (۲) چرا مشکل ادامه یافته و حفظ می‌شود (عوامل نگهدارنده)؟ (۳) برای حل مشکل چه باید کرد (راهبردهای درمانی)؟

نقش تدوین موردی در تحلیل رشد درمانجو:

این نقش شامل چندین مرحله است: (۱) ایجاد بینش و خودآگاهی نسبت به الگوهای فکری، احساسی و رفتاری، (۲) پایش پیشرفت، (۳) هدایت فرایند درمان جهت تمرکز بر اهداف اصلی درمانی، (۴) کاهش پیچیدگی و (۵) سنجش نقطه پایان درمان. این یک فرایند پویا و مشارکتی بین درمانگر و درمانجو است. اولین مرحله برنامه‌ریزی درمان، تعیین هدف‌های درمان است که سه مرحله را شامل می‌شود:



(۱) چاره‌اندیشی فوری: در این مرحله ضروری‌ترین نیازها در حال حاضر، مورد توجه قرار می‌گیرد.

(۲) هدف‌های کوتاه‌مدت: تغییر رفتار، تفکر و هیجان‌های مراجع را بدون بازسازی اساسی شخصیتی شامل می‌شود.

(۳) هدف‌های بلندمدت: تغییرات اساسی و عمیق‌تر در شخصیت و روابط مراجع را شامل می‌شود.

ویژگی مداخله‌های بالینی: (۱) آگاه ساختن مراجعان از مشکلاتشان و کمک به اینکه خودشان را بهتر بشناسند. (۲) درمانجویان را قادر به یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله می‌کنند و از بروز مشکلات مشابه در آینده جلوگیری می‌کنند. (۳) تلاش می‌کنند تا علت‌های مشکلات روانی را بشناسند و درصدد حل آن‌ها برآیند. (۴) می‌توانند رنج ناشی از نشانه‌های روانی یا روان‌شناختی را تسکین دهند.

ویژگی‌های درمانجویان در نتایج درمان: همکاری در مقابل مقاومت، باز بودن در مقابل جبهه‌گیری، میزان رنج درمانجو، امید به درمان موفقیت‌آمیز و شیوه‌های مقابله درمانجو با مشکلات (مانند درون‌فکنی یا برون‌فکنی و ...).

ویژگی‌های درمانگران در نتایج درمان: صفات و مهارت‌های درمانگر از قبیل مهارت‌های ایجاد ارتباط (همدلی، صداقت، نگاه مثبت بی‌قید و شرط و ...)، خودآگاهی، خودمدیریتی، خودنظارتی، مهارت‌های خرد و کلان و ...

انواع رابطه: (۱) اجتماعی (برای دوستی، معاشرت، رفاقت یا به انجام رساندن یک کار)، (۲) صمیمانه (علاقه پیدا کردن از لحاظ هیجانی و ایجاد تعهد) و (۳) درمانی (تمرکز روی نیازها، تجربه‌ها، احساسات و نظرات مراجع).

آماج: رفتاری که مراجع و درمانگر بالینی درصدد تغییر آن هستند.

کلمه مثال ۹: در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، مهم‌ترین معیار برای انتخاب ملاک‌های اختلالات مختلف کدام مورد است؟ (دکتری ۱۴۰۱)

(۲) جهان شمول بودن

(۱) رابطه با عوامل علی

(۴) تعیین فاصله فرد با هنجارهای اجتماعی

(۳) فایده بالینی از نظر تشخیصی و درمانی

پاسخ: گزینه «۳» ملاک‌های تشخیصی یک اختلال گروهی از علائم و نشانه‌ها است که تشخیص یک اختلال را قابل وصول می‌سازد. مهم‌ترین فایده تشخیص و انسجام علائم و نشانه‌ها (ملاک‌های تشخیصی) اهمیت بالینی آن است: تدوین یک راه‌حل درمانی و ارتباط بین درمانگران و ...

کلمه مثال ۱۰: تحلیل رشد درمان‌جو و عواملی که ممکن است بر وضع کنونی او تأثیر گذاشته باشد، بیانگر چه مفهومی است؟ (دکتری ۱۴۰۲)

(۴) بیماری‌پذیری - استرس

(۳) سبب‌شناسی

(۲) تدوین موردی

(۱) زمینه‌یابی

پاسخ: گزینه «۲» تدوین موردی (Case formulation) تحلیل رشد درمانجو و عواملی است که بر وضع روانی فعلی او تأثیر می‌گذارد. متخصص بالینی با این اطلاعات توصیفی می‌تواند برای درمان برنامه‌ریزی کند که به نشانه‌های درمانجو، تجربیات فرد و توان وی برای رشد در آینده رسیدگی می‌کند. شناختن درمانجو از دیدگاه رشد، برای تأمین کردن تدوین موردی اهمیت دارد.

کلمه مثال ۱۱: رفتاری که درمانجو و متخصص بالینی درصدد تغییر آن هستند، کدام است؟ (سراسری ۱۴۰۳)

(۴) نابهنجار

(۳) آماج

(۲) همانند

(۱) غیرهمانند

پاسخ: گزینه «۳» آنچه در جلسه درمان هدف اصلی درمانگر برای تغییر و بهبودی است، رفتار آماج نامیده می‌شود. برای مثال فردی که با اضطراب آزمون و یا اختلال در سبک تغذیه و رفتار خواب مراجعه کرده است، آنچه آماج درمانی محسوب می‌شود توانایی مواجهه بدون اضطراب با آزمون، تغییر سبک تغذیه و بهبودی رفتار خواب است.

تغییرات DSM-5 – TR: ویراست پنجم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5 – TR) شامل به روزرسانی‌های مهمی است که عمدتاً بر پایه پیشرفت‌های علمی و بالینی پس از انتشار DSM-5 صورت گرفته است. این تغییرات شامل اضافه کردن اختلالات جدید، اصلاح معیارهای تشخیصی موجود، به‌روزرسانی متن همراه، حذف اصطلاحات منسوخ و تأکید بر مسائل اخلاقی و تنوع فرهنگی می‌شود. اضافه شدن اختلالات / شرایط تشخیصی جدید شامل:

- اختلال سوءمصرف مواد بدون اعتیاد: تخیص افتراقی برای اختلالات عصبی - شناختی خفیف ناشی از مواد

- اختلال بازی‌های ویدئویی (Gaming Disorder): به عنوان شرایطی که نیازمند بررسی بالینی است (در بخش شرایط نیازمند مطالعه بیشتر).

- اختلال رفتار جنسی قهری: به عنوان یک اختلال کنترل تکانه (در بخش شرایط نیازمند مطالعه بیشتر).

- اختلال سوگ طولانی‌مدت (Prolonged Grief Disorder): اختلال سوگ طولانی‌مدت به عنوان اختلالی مستقل اضافه شد.



فصل دوازدهم: «اختلالات خلقی»

مشخصه اختلالات این طبقه از بین رفتن احساس تسلط بر حالات خلقی و عاطفی خود است که باعث رنج و عذاب می‌شود. خلق: حال و هوای احساسی نافذ، عمیق و پایداری است که به‌صورت درونی تجربه می‌شود و بر رفتار و درک فرد از جهان تأثیر می‌گذارد. عاطفه: به تظاهر بیرونی خلق اطلاق می‌شود. هیجان: مجموعه واکنش‌های شیمیایی و عصبی که به‌علت فعال شدن مرکز هیجان مغز بر اثر محرک‌های درونی و بیرونی به‌وجود می‌آیند. اپیزود (دوره) خلقی: هر دوره زمانی که فرد در آن به‌طرز غیرعادی احساس شادی یا غم می‌کند. دوره افسردگی: بیمار در این دوره احساس غمگینی، بی‌انرژی و بی‌علاقه بودن، نداشتن اعتماد به‌نفس، مشکل در تمرکز حواس و لذت نبردن از زندگی می‌کند. این دوره حداقل دو هفته طول می‌کشد. دوره شیدایی (مانیا): دوره‌ای به‌مدت حداقل یک هفته از احساس شنگول بودن اغراق‌آمیز همراه با اعتماد به‌نفس و انرژی بالا که غالباً به رفتار بی‌پروا منجر می‌شود. فرد احساس خودبزرگ‌بینی می‌کند، حواسش به آسانی پرت می‌شود، پرش افکار دارد و قضاوت‌های غلط انجام می‌دهد. مختل شدن قضاوت اصلی‌ترین علامت تفکر بیماران مانیک است. دوره نیمه‌شیدایی (هیپومانیک): دوره‌ای از شیدایی خفیف‌تر و کوتاه‌تر که حداقل ۴ روز طول می‌کشد. انواع اختلالات افسردگی

(۱) اختلال افسردگی عمده (افسردگی یک‌قطبی یا ماژور)

رایج‌ترین تشخیص اختلالات خلقی است. خلق به‌شدت افسرده‌ای است که حداقل دو هفته طول می‌کشد و دارای نشانه‌های شناختی و اختلال در برخی کارکردهای بدنی است. اصلی‌ترین نشانه این اختلال تغییرات بدنی است. در تشخیص‌گذاری فرد باید حتماً خلق افسرده یا فقدان لذت و علاقه را داشته باشد. طبق DSM برای تشخیص اختلال افسردگی باید حداقل پنج تا از علائم زیر همزمان در یک دوره دوهفته‌ای وجود داشته باشد و نشانه‌ی تغییری در کارکرد قبلی باشد؛ حداقل یکی از علائم شامل خلق افسرده باشد یا بی‌علاقگی و بی‌لذتی وجود داشته باشد.

- ۱- خلق افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها
- ۲- کاهش واضح علاقه‌مندی یا کاهش لذت
- ۳- کاهش چشمگیر وزن یا اضافه وزن
- ۴- کم‌خوابی یا پرخوابی
- ۵- سراسیمگی یا کندی روانی - حرکتی
- ۶- احساس خستگی یا از دست دادن انرژی
- ۷- احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب
- ۸- کاهش قدرت تفکر و تمرکز یا احساس بلاتصمیمی
- ۹- افکار عودکننده‌ای درباره‌ی مرگ

نشانه‌های هیجانی و انگیزشی: تجربه‌های هیجانی منفی مانند غمگینی، بی‌نشاطی، پریشانی، بی‌علاقگی و ...

نشانه‌های شناختی: احساس بی‌فایده‌گی، پوچی، نومیدی، بی‌عرضگی، باورهای بدبینانه نسبت به خود و ...

نشانه‌های رفتاری: کم‌حرکی روانی - حرکتی مانند آهسته شدن گفتار و رفتار.

نشانه‌های فیزیولوژیکی: کاهش انرژی (بیشترین شکایت)، تغییر اشتها و وزن، اختلال خواب، اختلال در سیکل ماهانه زنان و ...

کج‌مثال ۱: عنصر اساسی افسردگی، کدام است؟

(دکتری ۱۴۰۲)

(۴) افکار مکرر مرگ

(۳) احساس بی‌ارزشی

(۲) بی‌خوابی

(۱) ملالت

پاسخ: گزینه «۱» افسردگی علائم متعددی دارد که شجره تصمیم افسردگی را تشکیل می‌دهد. اما در بین علائم متعدد این اختلال، عنصر کلیدی ملال/اندوه یا همان غم شدید و جانکاه است.

(۲) اختلال افسرده‌جویی (افسردگی پایدار یا دیس‌تایمی)

شکل خفیف‌تر افسردگی اساسی است. نشانه‌های تغییرناپذیر بلندمدت افسردگی خفیف که حداقل دو سال طول می‌کشد، ولی کارکردهای روزمره زیاد تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد.

افسردگی پایدار شکل خفیف‌تر، اما ماندگارتر و پایدارتر (مزمن) اختلال افسردگی اساسی است.

طبق DSM معمولی‌ترین خصایص این اختلال عبارتند از: وجود خلق افسرده در بیشتر اوقات روز و در بیشتر روزها، احساس بی‌کفایتی، احساس گناه، تحریک‌پذیری، خشم، انزوا از جامعه، از دست دادن علائق، بی‌فعالیتی و فقدان بهره‌وری.

اصطلاح «دیس‌تایمی» که به معنای کج‌خلق است در سال ۱۹۸۰ وضع شد. نام قبلی این اختلال، روان‌نژندی افسردگی بود.

وجه افتراق افسرده‌جویی از اختلال افسردگی اساسی این است که بیماران مبتلا به افسرده‌جویی از این شکایت دارند که همیشه افسرده بوده‌اند. بنابراین اکثر موارد این اختلال شروع زودرسی دارند و در دوران کودکی یا نوجوانی شروع می‌شوند.

(۳) افسردگی مضاعف

فرد دوره‌های افسردگی پایدار و افسردگی عمده را با هم تجربه می‌کند.

(۴) اختلال ملال پیش از قاعدگی (PMDD)

خلق برانگیخته، تحریک‌پذیری، مشکل اشتها، کاهش علاقه، اضطراب و مشکل تمرکز و در اکثر چرخه‌های قاعدگی که در یک هفته قبل از قاعدگی آغاز و در عرض چند روز بعد از شروع قاعدگی فروکش می‌کند.

ویژگی‌های اساسی اختلال ملال پیش از قاعدگی عبارتند از: جلوه نشانه‌های ناپایداری خلق، تحریک‌پذیری، ملالت و اضطراب که بارها در طول مرحله پیش از چرخه قاعدگی روی می‌دهند و در شروع قاعدگی یا مدت کوتاهی بعد از آن بهبود می‌یابند. این نشانه‌ها روانی و جسمانی هستند و عملکرد فرد در زندگی، ارتباط، شغل و تحصیل را مختل می‌کنند. علائم PMDD، برای تشخیص، باید در اکثر دوره‌های قاعدگی در طول یکسال دیده شود.

ملاک‌های DSM-5 برای اختلال ملال پیش از قاعدگی

(a) در اکثر چرخه‌های قاعدگی حداقل ۵ نشانه در هفته آخر قبل از شروع قاعدگی وجود داشته و در چند روز بعد از شروع قاعدگی بهبود یابد و هفته پس از قاعدگی حداقل یا ناپدید شود.

(b) یکی یا تعداد بیشتری از نشانه‌های زیر وجود داشته باشد:

۱- ناپایداری عاطفی (نوسانات خلقی، احساس غمگینی، گریه ناگهانی، حساسیت به طرد) ۲- تحریک‌پذیری یا خشم محسوس یا افزایش تعارض‌های میان‌فردی ۳- خلق افسرده محسوس، احساس ناامیدی، افکار محکوم‌کردن خود ۴- اضطراب، تنش محسوس یا احساس برانگیخته یا کفری بودن

(c) یکی (یا بیشتر) از نشانه‌های زیر وجود داشته تا با نشانه‌های ملاک B ترکیب و در مجموع به پنج نشانه برسد.

۱- کاهش علاقه به فعالیت‌های معمول (کار، تحصیل، دوستان، سرگرمی‌ها) ۲- مشکل ذهنی در تمرکز ۳- رخوت، خستگی، فقدان انرژی محسوس ۴- تغییر محسوس در اشتها، پرخوری یا اشتیاق به غذایی خاص ۵- پر خوابی یا کم‌خوابی ۶- احساس از توان افتادن یا کنترل نداشتن ۷- نشانه‌های جسمانی نظیر التهاب یا ورم پستان، درد مفاصل یا عضله، احساس باک‌کردگی یا افزایش وزن

(۵) اختلال بی‌نظمی اخلاک‌گرانه (DMDD)

این اختلال برای جلوگیری از تشخیص اختلال دوقطبی کودکان در DSM-5 اضافه شده است. نشانه‌های آن شامل: فوران‌های خشم شدید و مکرر کلامی یا رفتاری است که شدت و حدت آن متناسب با موقعیت یا عمل محرک و سطح رشدی فرد نیست. تنها در کودکان ۶ تا ۱۸ ساله می‌توان این اختلال را تشخیص‌گذاری کرد و نشانه‌ها باید تا قبل از ۱۰ سالگی شروع شده باشند.

اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر یا مخرب / اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی (DMDD) (Disruptive Mood Dysregulation Disorder)

برای کودکان با تحریک‌پذیری مزمن و شدید مورد استفاده قرار می‌گیرد. طغیان‌های خشم مکرر هفته‌ای سه بار یا بیشتر حداقل یک‌سال دست‌کم در دو موقعیت (خانه، مدرسه، همسالان) طغیان‌های نامتناسب با رشد و بین طغیان‌ها به شدت تحریک‌پذیر یا خشمگین. تشخیص نباید برای کودکانی که اولین دوره قبل از ۶ سالگی یا بعد از ۱۸ سالگی است گذاشته شود. گاهی به صورت قشقرق توصیف می‌شود. این اختلال برای کودکانی که در غیر این صورت مبتلا به اختلال دوقطبی تشخیص داده شده و این کودکان در بزرگسالی به جای مبتلا شدن به اختلال دوقطبی، در معرض خطر ابتلا به اختلال افسردگی یا اضطرابی هستند.

ملاک DSM-5 برای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر:

(a) طغیان‌های خشم مکرر و شدید کلامی یا رفتاری (پرخاشگری جسمانی به افراد یا اموال از نظر شدت یا مدت بی‌تناسب با موقعیت). (b) طغیان‌ها با سطح رشد ناهماهنگ (c) طغیان‌ها متوسط سه بار یا بیشتر در هفته (d) خلق مابین طغیان‌های خشم در بخش عمده روز، تقریباً هر روز مداوم، تحریک‌پذیر و برای دیگران (والدین، معلمان، همسالان) قابل مشاهده (e) دوازده ماه یا بیشتر وجود داشته و در طول مدت سه ماه پیاپی بدون نشانه نبوده (f) ملاک a و d حداقل در دو یا سه موقعیت (خانه، مدرسه، همسالان)، حداقل در یکی از موقعیت‌ها شدید (g) نباید اولین بار قبل از شش سالگی یا بعد از ۱۸ سالگی تشخیص داده شود. (h) بنابر سابقه سن شروع قبل از ده سالگی (i) هرگز دوره مجزایی که بیش از یک روز ادامه داشته باشد و در طول آن ملاک کامل منیک یا هیپومانیک برآورده شود وجود ندارد.

کلمه مثال ۲: تحریک‌پذیری مزمن و شدید و طغیان‌های خشم مکرر، بیانگر کدام اختلال در کودکان است؟ (دکتری ۱۴۰۲)

(۴) بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر

(۳) نافرمانی مقابله‌ای

(۲) کنترل تکانه

(۱) سلوک

پاسخ: گزینه «۴» یکی از تشخیص‌های جدید DSM-5 اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر است که سابقاً به‌عنوان اختلال دوقطبی تشخیص‌گذاری می‌شد. این اختلال کودک و نوجوانانی را تشخیص می‌دهد که صرفاً یک ویژگی کلیدی دارند: خلق پرخاشگر در موقعیت‌ها و شرایط متعدد. در واقع مبتلایان به‌طور دائمی و همیشگی طبع و مزاج پرخاشگری دارند، به راحتی خشمگین می‌شوند (تحریک‌پذیری)، و البته خشم نامتناسب با شرایط و موقعیت و سن دارند.



(دکتری ۱۴۰۳)

کلمه مثال ۳: تحریک پذیری مزمن و شدید و طغیان های خشم مکرر، بیانگر کدام اختلال در کودکان است؟

(۴) سلوک

(۳) بی‌نظمی خلق اخلاگر

(۲) کنترل تکانه

(۱) نافرمانی مقابله‌ای

پاسخ: گزینه «۳» اختلال بی‌نظمی خلقی اخلاگر یک تشخیص جدید در DSM-5 است که تحریک‌پذیری مزمن و شدید و طغیان‌های خشم مکرر را نشان می‌دهد. این تشخیص در کودکان و نوجوانان شایع‌تر است و در واقع توصیف‌گر افرادی با خلق منفی، پرخاشگر، تحریک‌پذیر و بدعق است و خشم‌های نامتناسب با سن و موقعیت را نشان می‌دهد.

اختلال عاطفه فصلی: نشانگانی است که در طول زمستان پیش می‌آید و مشخصه‌های آن شامل غمگینی، بی‌رمقی، پرخوابی، پرخوری و افزایش وزن است. دوره‌های طولانی تاریکی در زمستان و افزایش هورمون ملاتونین علت ابتلا به این اختلال است.

سندرم خستگی مزمن (CFS): در این اختلال هم افسردگی و نوسانات خلقی و هم نشانه‌های فیزیکی مثل خستگی شدید، درد عضلات، درد سینه، سردرد، حساسیت به نور و صدا دیده می‌شود. استرس‌های شغلی و محیطی، آلودگی هوا، عوامل ویروسی و ... می‌توانند در ایجاد این سندرم نقش داشته باشند.

انواع اختلالات دوقطبی

(۱) اختلال دوقطبی نوع I: دوره یا دوره‌های افسردگی اساسی + شیدایی کامل

ملاک‌های دوره شیدایی (مانیک) در DSM-5

(a) دوره متمایز خلق که به طور نابهنجار و مداوم بالا، گشاده و بی‌تکلف یا تحریک‌پذیر است و افزایش نابهنجار و مداوم فعالیت یا انرژی هدفمند که حداقل ۱ هفته ادامه می‌یابد و در بخش عمده‌ای از روز، تقریباً هر روز، وجود دارد. یا هر مدتی اگر بستری ضرورت داشته باشد.

(b) در طول دوره اختلال خلقی و افزایش انرژی یا فعالیت، سه نشانه (یا بیشتر) از موارد زیر (چهار نشانه اگر خلق فقط تحریک‌پذیر باشد) با درجه قابل ملاحظه‌ای وجود دارند و بیانگر انحراف محسوس از رفتار عادی هستند.

۱- عزت‌نفس کاذب یا بزرگ‌منشی.

۲- کاهش نیاز به خواب (مثلاً بعد از فقط ۳ ساعت خواب احساس می‌کند استراحت کرده است).

۳- پرحرف‌تر از معمول یا فشار برای ادامه دادن صحبت.

۴- پرش افکار یا تجربه ذهنی که افکار شتاب دارند.

۵- حواس‌پرتی (یعنی، توجه خیلی راحت به محرک‌های بیرونی بی‌اهمیت یا نامربوط جلب می‌شود)، به صورتی که گزارش یا مشاهده می‌شود.

۶- افزایش فعالیت هدفمند (خواه اجتماعی، در محل کار یا مدرسه یا جنسی) یا سراسیمگی روانی حرکتی (یعنی فعالیت بی‌منظور بدون هدفمندی).

۷- مشغولیت بیش از حد در فعالیت‌هایی که توان زیادی برای پیامدهای ناراحت‌کننده دارند (مثل ولخرجی کردن مهارنشده در خرید، بی‌احتیاطی‌های جنسی، یا سرمایه‌گذاری احمقانه).

(c) اختلال خلقی به‌قدر کافی شدید هست که عملکرد اجتماعی یا شغلی را مختل کرده یا بستری‌شدن را ایجاب کند تا از صدمه‌رساندن به خود یا دیگران پیشگیری شود یا ویژگی‌های روان‌پریشی وجود دارند.

(d) این دوره ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد (مثل سوءمصرف مواد مخدر، دارو، درمان دیگر) یا بیماری جسمانی دیگر نیست.

(۲) اختلال دوقطبی نوع II: افسردگی اساسی + شیدایی خفیف (هیپومانی)

DSM-IV-TR و DSM-5 تشخیصی تحت عنوان اختلال دوقطبی II را هم به رسمیت می‌شناسند که مشخصه‌اش وجود دوره‌های افسردگی و

هیپومانیا (شیدایی خفیف) در یک اختلال واحد است. هیپومانیا علائم خفیف مانیا را نشان می‌دهد و الزامی به بستری کردن وجود ندارد.

ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای تشخیص اختلال دوقطبی نوع دو

(a) داشتن حداقل یک دوره هیپومانی و یک دوره افسردگی

(b) هرگز یک دوره مانیک وجود نداشته (بدون دوره افسردگی)

(c) سایر اختلالات روانی توجه بهتری برای دوره‌ها نباشند

(d) اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی و سایر زمینه‌های زندگی

ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای دوره هیپومانی

(a) دوره متمایز خلق که به‌طور نابهنجار و مداوم بالا، گشاده یا تحریک‌پذیر است و افزایش نابهنجار و مداوم فعالیت یا انرژی که حداقل ۴ روز پیاپی ادامه می‌یابد و در بخش عمده‌ای از روز، تقریباً هر روز، وجود دارد.

(b) در طول دوره اختلال سه نشانه زیر (یا بیشتر) (چهار نشانه اگر خلق فقط تحریک‌پذیر باشد) ادامه یافته‌اند:

۱- عزت‌نفس کاذب یا بزرگ‌منشی. ۲- کاهش نیاز به خواب (مثلاً بعد از ۳ ساعت خواب احساس می‌کند استراحت کرده است). ۳- پرحرف‌تر از معمول یا تحت فشار برای ادامه دادن صحبت. ۴- پرش افکار یا تجربه ذهنی که افکار شتاب دارند. ۵- حواس‌پرتی (یعنی توجه خیلی راحت به محرک‌های بیرونی بی‌اهمیت یا نامربوط جلب می‌شود) به صورتی که گزارش یا مشاهده می‌شود. ۶- افزایش فعالیت هدفمند (خواه اجتماعی، در محل کار یا مدرسه، یا جنسی) یا سراسیمگی روانی - حرکتی. ۷- مشغولیت بیش از حد در فعالیت‌هایی که توان زیادی برای پیامدهای ناراحت‌کننده دارند (مثل پرداختن به ولخرجی مهار نشده در خرید،

بی‌احتیاطی‌های جنسی یا سرمایه‌گذاری احمقانه). ۸- این دوره با تغییر واضح در عملکرد ارتباط دارد که برای فرد به هنگامی که دچار بیماری نیست، غیرعادی است. ۹- اختلال در خلق و تغییر در عملکرد برای دیگران قابل مشاهده هستند. ۱۰- این اختلال به قدر کافی شدید نیست که عملکرد اجتماعی یا شغلی را به طور محسوس مختل کند یا به بستری شدن نیاز داشته باشد. اگر ویژگی‌های روان‌پریشی وجود داشته باشد، این دوره، بنابر تعریف، شیدایی است. ۱۱- این دوره ناشی از تأثیرات فیزیولوژیکی مواد نیست (مثل سوءمصرف مواد مخدر، دارو، یا درمان دیگر).

توجه: دوره هیپومانیا که در طول درمان ضدافسردگی پدیدار می‌شود (مثل درمان دارویی، شوک برقی تشنج‌آور)، اما در سطح کاملاً نشانگانی فراتر از تأثیر فیزیولوژیکی این درمان ادامه می‌یابد، دلیل کافی برای تشخیص دوره هیپومانیا است. با این حال، باید احتیاط لازم صورت گیرد که یک یا دو نشانه (مخصوصاً افزایش تحریک‌پذیری، کفری بودن یا سراسیمگی بعد از مصرف داروی ضدافسردگی) برای تشخیص دوره هیپوشیدایی، کافی و لزوماً نشانگر بیماری‌پذیری ارثی دوقطبی قلمداد نشوند.

مهم‌ترین وجه تمایز این دو اختلال: در اختلال دوقطبی نوع I، یک یا چند دوره مانیک وجود دارد ولی در اختلال دوقطبی نوع II، هرگز دوره مانیک وجود نداشته است.

۳) **اختلال ادواری خویی (سیکلوتایمی):** دوره‌های افسردگی خفیف + دوره‌های شیدایی خفیف که مزمن و بلندمدت است.

ملاک‌های 5 – DSM برای اختلال ادواری (سیکلوتایمی)

(a) برای مدت حداقل دو سال (در کودکان و نوجوانان حداقل یک‌سال) دوره‌های متعددی از علائم هیپومانیا (که هیچ‌گاه ملاک کامل یک دوره هیپومانیا را نداشته‌اند) و دوره‌های متعدد علائم افسردگی (که هیچ‌گاه ملاک‌های یک دوره افسردگی اساسی را نداشته‌اند) بروز می‌کند.

(b) در حین دوره دو ساله فوق (در کودکان و نوجوانان یک سال) مجموع دوره‌های افسردگی و هیپومانیا حداقل نصف این مدت را در برمی‌گیرند و هیچ‌گاه فرد بیشتر از دو ماه متوالی بدون علامت نبوده است.

(c) ملاک‌های تشخیصی دوره افسردگی اساسی، مانیا یا هیپومانیا هیچ‌گاه وجود نداشته است.

(d) علائم موجود در ملاک A توسط اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی و هذیانی یا سایر اختلالات معین یا نامعین طیف اسکیزوفرنی و اختلالات مرتبط بهتر توجیه نمی‌شود.

(e) علائم موجود ناشی از اثرات فیزیولوژیکی یک ماده (مانند دارو، ماده سوءمصرفی) یا یک بیماری طبی دیگر (مانند پرکاری تیروئید) ایجاد نشده است.

علائم سبب ناراحتی بالینی قابل توجه یا افت کارکرد شغلی اجتماعی یا سایر جنبه‌های مهم کاری فرد شده‌اند.

اختلالات دوقطبی در افراد دچار سوءمصرف مواد بیشتر دیده می‌شود.

DSM - 5، ۸ نشانگر (اسپسیفایر) را مطرح کرده است. شناسایی آن‌ها در صورتی که به همراه اختلالات خلقی باشند، به درمانگر کمک می‌کند تا بهترین درمان ممکن را انتخاب کند.

نشانه‌های توصیف‌کننده دوره کنونی یا آخرین دوره قبلی:

۱) **با ویژگی‌های غیرمعمول (آتیپیکال):** با نشانه‌های معکوس نباتی همراه است. مانند بدتر شدن خلق در اواخر روز و تمایل به پرخوری و پرخواهی، حساسیت مفرط به خصوص در مورد طرد، فعالیت روانی - حرکتی افزایش می‌یابد ولی احساس تنبلی، کندی یا فلجی وجود دارد. این نشانگر برای دوره‌های افسردگی مطرح می‌شود.

۲) **به همراه ویژگی‌های ملانکولیک (مالیخولایی) افسردگی درون‌زاد:** بی‌لذتی شدید، سحرخیزی، کاهش وزن و احساس گناه عمیق و افکار خودکشی. مالیخولیا با بروز تغییراتی در دستگاه عصبی خودکار و عملکرد غدد درون‌ریز همراه است. بی‌علاقگی به کلیه فعالیت‌ها و عدم واکنش کلی به رویدادهای خوشایند.

۳) **با ویژگی‌های ناراحتی مضطربانه:** وجود اضطراب، تنش، بی‌قراری، نگرانی یا ترسی که به همراه یک دوره خلقی می‌آید.

۴) **با ویژگی‌های کاتاتونیک:** حرکات بدنی زیاد فرد یا بیش‌فعالی و یا عدم فعالیت، کاتالپسی در آن دیده می‌شود.

۵) **با ویژگی‌های مختلط:** دوره‌های عمدتاً افسردگی که چند نشانه شیدایی دارند.

۶) **با ویژگی‌های روان‌پریشانه:** برخی افراد در دوره‌های افسردگی مازور و یا شیدایی نشانه‌های روان‌پریشی به‌ویژه توهم و هذیان را تجربه می‌کنند.

۷) **به همراه پیرا زایمانی (پریپارتوم):** تجربه کردن دوره‌هایی از مانیک، هیپومانیک یا افسردگی عمده، درست کمی قبل و بعد از زایمان

۸) **به همراه الگوی فصلی:** مشخص‌کننده دوره‌های افسردگی فصلی است که همراه اختلال افسردگی مازور عودکننده یا اختلال دوقطبی رخ می‌دهد.

ویژگی تندچرخ: عرض یک سال بیمار حداقل چهار دوره خلقی داشته که همه معیارهای لازم برای اختلال افسردگی عمده، مانیک یا هیپومانیک را برآورده کرده‌اند.

سبب‌شناسی اختلالات خلقی

۱) عوامل ژنتیکی: یک عنصر ارثی در اختلالات خلقی وجود دارد. اضطراب و افسردگی ژن‌های مشترک دارند.

۲) عوامل عصب زیست‌شناختی: ناهنجاری در سطح سروتونین و نوراپی‌نفرین، کاهش فعالیت دوپامین در افسردگی و افزایش آن در مانیا، افزایش فعالیت HPA و در نتیجه افزایش کورتیزول، اختلال ریتم سیرکادین خواب، کاهش نهفتگی خواب REM، فعالیت پایین کورتکس پیش‌پیشانی، کاهش فعالیت کورتکس سینگولای قدامی، اختلال در عملکرد هیپوکامپ. ناهنجاری ساختاری و عملکرد در آمیگدال، افزایش فعالیت نیمکره راست.



۳) عوامل روان‌پویشی: آشفتگی رابطه نوزاد - مادر، فقدان ابژه حقیقی یا خیالی و یا درون‌سازی ابژه از دست رفته و احساسات خشم متوجه خود. بالبی علت افسردگی را آسیب دیدن دلبستگی‌های اولیه و جدایی توأم با آسیب در دوران کودکی می‌داند. نظریه میان‌فردی علت افسردگی را، ارتباطات اجتماعی آشفته می‌داند. مانیا نوعی دفاع در برابر افسردگی است.

۴) عوامل رفتاری: افسردگی در اثر عدم تقویت مناسب با رفتارهای مثبت و سازنده به وجود می‌آید.

۵) عوامل محیطی: رویدادهای پرسترس زندگی، طرد اجتماعی، مشکلات زناشویی، عدم حمایت اجتماعی.

۶) عوامل شناختی: اختلال خلقی نوعی آشفتگی یا اختلال تفکر است و در اثر تحریف‌های شناختی (طرح‌واره‌های افسردگی‌زا) به وجود می‌آید.

نظریه شناختی بک: علل افسردگی را سه‌گانه‌های شناختی و خطاهای منطقی می‌داند. سه‌گانه‌های شناختی شامل دیدگاه منفی در مورد خود، محیط (دنیا) و آینده. خطاهای منطقی شامل استنباط دلخواهی (نتیجه‌گیری از مسائل براساس شواهد ناچیز)، انتزاع‌گزینی (تمرکز به یک امر جزئی بی‌اهمیت و نادیده گرفتن ویژگی‌های مثبت)، تعمیم افراطی (نتیجه‌گیری‌های کلی براساس یک ویژگی جزئی)، بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی (رویدادهای ناگوار بزرگ‌نمایی و رویدادهای خوب کوچک‌نمایی می‌شود) و شخص‌سازی (خود را مسئول رویدادهای ناگوار در دنیا دانستن).

درماندگی آموخته‌شده سلیگمن: نسبت دادن شکست به عوامل درونی، کلی و پایدار و نسبت دادن موفقیت به عوامل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی (سبک‌های اسنادی). شکل دیگر این الگو نظریه ناپایدار افسردگی (افسردگی ناامیدی، یعنی رابطه پایدار و کلی برای رویدادهای منفی باعث ایجاد ناامیدی می‌شود)، است. درماندگی آموخته شده با کاهش نوراپی نفرین همراه است. طبق نظریه سلیگمن افراد وقتی مضطرب و افسرده می‌شوند که نتیجه بگیرند بر رویدادهای زندگی هیچ کنترلی ندارند.

نظریه نشخوار فکری: تمایل به فکر کردن دائم به تجربه‌ها و افکار غمگین یا جویدن فکر. نشخوار فکری دور معیوبی ایجاد می‌کند و به تداوم افسردگی کمک می‌کند. این افکار معطوف به گذشته و خودخواسته است. افکار خودآیند در وسواس تحت کنترل ارادی فرد نیستند.

نکته: تفاوت نشخوار فکری در افسردگی با نگرانی در اختلالات اضطرابی، نگرانی در افراد مضطرب معطوف به آینده است.

رویکرد بین فردی

این رویکرد بیان می‌کند که افسردگی در بستر روابط بین‌فردی به وجود می‌آید و تداوم می‌یابد؛ به عبارتی، افسردگی یک بیماری در رابطه است. این رویکرد معتقد است که تقریباً تمام موارد افسردگی در یکی از چهار حوزه زیر قرار دارند:

۱- سوگ پیچیده و حل‌نشده، ۲- اختلافات بین فردی، ۳- تغییر نقش و ۴- کمبودهای بین فردی.

درمان:

۱) دارودرمانی: داروهای ضدافسردگی شامل، بازدارنده‌های مونوآمینواکسیداز (MAOI)، بازدارنده‌های بازجذب سروتونین (SSAIs)، داروهای سه‌حلقه‌ای (TCAs) و بازدارنده‌های بازجذب مختلط. از کربنات لیتیوم هم برای اختلالات دوقطبی استفاده می‌شود. ۲) تحریک مغزی شامل: درمان با شوک الکتریکی (ECT)، تحریک مغناطیسی فرا جمجمه‌ای مکرر، تحریک عصب واگ و تحریک مغزی عمیق. تحریک مغزی باعث افزایش سروتونین، مسدود کردن هورمون‌های استرس و افزایش نورون‌سازی در هیپوکامپ می‌شود. ۳) درمان روان‌پویشی: کمک به آگاهی یافتن از کشاننده‌های سرکوب‌شده و بیرون‌ریزی خشم درونی‌شده. ۴) روان‌درمانی: فعال‌سازی رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی. ۵) شناخت‌درمانی: بازسازی شناختی شامل مراحل شناسایی افکار و باورهای منفی، به چالش کشیدن این افکار و جایگزین کردن این افکار با باورهای منطقی و مثبت‌تر، آموزش اسناد دوباره، نظارت بر افکار خودکار منفی، شناختی درمانی مبتنی بر فرایند مایند فولنس (MBCT) (رابطه دوره‌های خلق منفی و آغاز تفکر منفی را از بین می‌برد). ۶) محرومیت از خواب REM و نوردرمانی با نور درخشان.

کج مثال ۴: براساس کدام رویکرد نظری، افراد افسرده پیوسته از اطرافیان و دوستان خود دلگرمی می‌خواهند، ولی به علت شیوه منفی صحبت کردن در مورد مشکلاتشان، اطرافیان سرانجام از دلگرمی دادن به آنها اجتناب می‌کنند؟

(دکتری ۱۴۰۱)

۴) بین فردی

۳) شناختی

۲) گشتالتی

۱) رفتاری

پاسخ: گزینه «۴» درمان بین فردی کلرمن و ویسمن ابتدا برای درمان افسردگی مطرح شد. روان‌درمانی بین فردی که جرالد کلرمن مبدع آن بود، نوعی روان‌درمانی کوتاه‌مدت است که تمرکز اصلی آن به ساختار، زمینه و مهارت‌های بین فردی است. این نظریه بر این اعتقاد و باور است که عوامل بین فردی تأثیر بسیاری بر مشکلات روان‌شناختی دارند. تفاوت اساسی این دیدگاه با دیگر نظریه‌های روان‌درمانی در این است که در این دیدگاه تأکید بر فرایندهای بین فردی است تا فرایندهای درون روانی که در دیدگاه‌های دیگر مطرح است. در روان‌درمانی بین فردی به پدیده‌های درون روانی نظیر ساز و کارهای دفاعی و تعارض‌های درونی پرداخته نمی‌شود و به رفتارهای مشخص و معینی از قبیل فقدان جرأت‌مندی و مختل بودن مهارت‌های اجتماعی می‌توان پرداخت. اهداف عمده آن نیز تغییر رفتار بین فردی مراجع و با به کارگیری پرورش نقش‌ها و موقعیت‌های بین فردی جاری است.

سالیوان بر این باور بود که ماشه‌چکان مهم‌ترین عوامل واکنش‌های عاطفی در افراد، روابط بین فردی است. مایر نیز که به خاطر رویکرد روانی - زیستی خود شهرت داشت، بر محیط روانی - اجتماعی جاری بیمار تأکید کرد و فرض نمود که بسیاری از آسیب‌های روانی بیانگر تلاش‌های اشتباه در سازگار شدن با محیط، مخصوصاً تحت شرایط استرس‌زا یا در محیط استرس‌زاست.

کلمه مثال ۵: این عبارت که «چون در امتحان حسابداری رد شدم، هرگز نخواهم توانست وارد دنیای کسب و کار شوم»، نشان‌دهنده کدام نوع تحریف شناختی است؟

- (۱) تعمیم مفرط (۲) فاجعه‌آمیز کردن (۳) ارجاع دادن مفرط به خود (۴) فرض کردن علیت زمانی

پاسخ: گزینه «۱» فاجعه‌انگاری: فردی با این تحریف شناختی، اتفاقات رخ داده در گذشته و هر آنچه که در آینده اتفاق خواهد افتاد را به شدت سخت، غیرقابل تحمل، افتضاح و ناخوشایند می‌داند. در این خطای شناختی، افراد حادثه‌ای را که برمی‌گزینند و در مورد آن نگران می‌شوند، به قدری پیاز داغ آن را زیاد می‌کنند که از آن وحشت زده می‌گردند. در این تحریف، شخص انگار به آخر خط رسیده است. مسائل کم‌اهمیت بزرگ جلوه‌گر می‌شوند و از کاه کوه می‌سازد. خطای شناختی فاجعه‌سازی یا درشت‌نمایی موجب می‌شود فرد حوادث را بدون توجه به تناسب آن در نظر بگیرد و هر اتفاقی را یک فاجعه تلقی کند. تعمیم مفرط یا بیش‌تعمیم‌دهی: در این تحریف شناختی، افراد بر اساس یک اتفاق خاص و جزئی به نتیجه‌گیری‌های کلی منفی می‌رسند. افراد انتظار دارند اتفاق بدی که فقط یکبار رخ داده، بارها و بارها تکرار شود. به طور کلی از یک رخداد یا یک مورد از اطلاعات، قانون کلی نتیجه‌گیری می‌شود بدون این که این قانون به بنه آزمایش گذاشته شود. تفاوت تعمیم مفرط و فاجعه‌انگاری در این است که در فاجعه‌انگاری، فرد یک موضوع مشخص را بزرگ می‌کند و یک نتیجه‌گیری کلی و دور از انتظار از آن می‌کند. ولی در تعمیم افراطی، یک موضوع خاص را به سایر موارد و زمینه‌های دیگر نیز ربط می‌دهد. در مورد این سؤال، فرد قبول نشدن در امتحان حسابداری را فاجعه‌انگاری کرده است و به مسائل و موارد دیگر تعمیم نداده است.

کلمه مثال ۶: خطاهایی که افراد افسرده هنگام نتیجه‌گیری از تجارب خودشان مرتکب می‌شوند، چه نام دارد؟

- (۱) خطاهای ادراکی (۲) تحریف‌های شناختی (۳) اسنادهای حسی (۴) خطاهای حسی

پاسخ: گزینه «۲» از نگاه آرون‌بک سه‌گانه‌های شناختی (افکار منفی در مورد آینده، زمان حال و خوشتن) و تحریف‌های شناختی (تغییر واقعیت و تفسیر متفاوت وقایع)، به طوری که یک تجربه با افکار منفی ما همسو باشد، علل وقوع افسردگی محسوب می‌شود.

کلمه مثال ۷: نوع انتساب‌های افراد افسرده، کدام است؟

- (۱) درونی - موقتی - اختصاصی (۲) بیرونی - موقتی - اختصاصی (۳) بیرونی - پایدار - کلی (۴) درونی - پایدار - کلی

پاسخ: گزینه «۴» از نگاه سلینگمن، افسردگی حاصل درماندگی آموخته‌شده و الگوهای معیوب اسناد است. الگوهای اسناد افسرده در شکست‌ها و ناکامی‌های درونی، پایدار و کلی هستند. در واقع افراد افسرده همیشه خویشتن را مؤاخذه می‌کنند و شکست را دائمی و در سراسر زندگی خود در نظر می‌گیرند.

کلمه مثال ۸: نظریه میان‌فردی، اختلال افسردگی را با کدام عامل تبیین می‌کند؟

- (۱) استنباط‌های دلبخواهی (۲) جریان داشتن این اختلال در خانواده‌ها (۳) تجربیات زندگی استرس‌زا (۴) عملکرد اجتماعی آشفته

پاسخ: گزینه «۴» درمان بین فردی کلدمن و نظریه روان‌پزشکی بین فردی سالیوان اساس مشکلات انسان را نقص در عملکرد اجتماعی و روابط بین فردی معیوب می‌داند.

خودکشی

خودکشی ناشی از کمبود سروتونین در مایع مغزی نخاعی، نومیدی (نظریه بک)، بازگشت پرخاشگری به سوی خود (فریود) و تلاش برای ارتباط میان‌فردی (اشناپدمن) است. همچنین اشناپدمن از اصطلاح کالبدشکافی روانی برای خودکشی استفاده می‌کند.

انواع خودکشی: (۱) خودخواهانه، (۲) دیگرخواهانه و (۳) ناشی از بی‌هنجاری.

شیوع انواع اختلالات روانی در افرادی که خودکشی می‌کنند: (۱) افسردگی اساسی، (۲) سوءمصرف یا وابستگی به مواد، (۳) اسکیزوفرنی، (۴) شخصیت مرضی.

کلمه مثال ۹: کدام مورد، وجه افتراقی اختلال دوقطبی نوع دو (BIID) از خلق ادواری (سیکلوتایمیک) در نوجوانان براساس DSM-5 است؟ (سراسری ۱۴۰۳)

- (۱) سابقه مانیا (۲) سابقه هیپومانیا (۳) سابقه کندی روانی - حرکتی (۴) سابقه دوره‌های اختلال افسردگی اساسی

پاسخ: گزینه «۴» اختلال دو قطبی نوع II دوره‌های هیپومانیا و افسردگی اساسی است که با بررسی پیشینه بیماری درمی‌یابیم در این اختلال دوره‌های مفصل افسردگی حتی در شروع اختلال در دوقطبی نوع II دیده می‌شود، اما اختلال خلق ادواری / سیکلوتایمی که روند مزمن اختلال دوقطبی را نشان می‌دهد چنین دوره‌های مفصل افسردگی اساسی در آن ثبت نشده است.

آموزش و پرورش کودکان استثنایی



فصل اول: «مفهوم‌شناسی کودکان استثنایی»

اصطلاح کودکان استثنایی در اصل یک مفهوم آموزشی است؛ زیرا نخستین افرادی که به محدودیت‌ها یا تفاوت‌های یادگیری، عاطفی، شخصیتی، اجتماعی و رفتاری این کودکان پی می‌برند، معلمان، مربیان و مشاوران تحصیلی هستند. از منظر آموزشی، دانش‌آموزان استثنایی به افرادی اطلاق می‌شود که برای دستیابی به بیشترین سطح توانایی‌های بالقوه خود، نیازمند آموزش‌های ویژه و خدمات حمایتی مرتبط هستند.

در تعریف آموزشی کودکان استثنایی، دو مؤلفه اساسی و جدانشدنی وجود دارد: ۱- **گوناگونی ویژگی‌ها**: تفاوت معنادار در حوزه‌های شناختی، عاطفی، اجتماعی، رفتاری یا حسی - حرکتی (اعم از ناتوانی یا توانایی بالا)؛ ۲- **نیاز به آموزش ویژه**: این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که آموزش عادی کفایت نکرده و استفاده از برنامه‌ها و خدمات آموزشی ویژه ضروری می‌شود.

کج مثال ۱: در تعریف آموزشی دانش‌آموزان استثنایی، کدام مفهوم حائز اهمیت بیشتری است؟ (آموزش و پرورش کودکان استثنایی - سراسری ۱۴۰۳)

۱) گوناگونی ویژگی‌ها ۲) ناتوانی در یادگیری ۳) نیازهای روان‌شناختی ۴) اختلال در ادراک

پاسخ: گزینه «۱» در تعریف آموزشی از کودکان و دانش‌آموزان استثنایی دو مفهوم اهمیت دارد: ۱- گوناگونی ویژگی‌ها و ۲- نیاز به آموزش ویژه. این دو مفهوم، از تعریف آموزشی جدانشدنی هستند. از نظر آموزشی، کودکی استثنایی است که برای تأمین حداکثر نیازهای تربیتی و آموزشی او، تغییراتی در شیوه‌های تربیتی و آموزشی خانواده و در برنامه‌های مدارس عادی داده شود. هر کودکی که از جهات مختلف استثنایی است، لزوماً از نظر آموزشی استثنایی نمی‌باشد.

تعریف آموزش ویژه

آموزش ویژه به آموزش برنامه‌ریزی شده و هدفمندی گفته می‌شود که با هدف پاسخ‌گویی به نیازهای غیرمعمول دانش‌آموزان استثنایی طراحی و اجرا می‌گردد. این نوع آموزش می‌تواند شامل مواد آموزشی ویژه، روش‌ها و فنون تدریس خاص، تجهیزات تخصصی یا تسهیلات آموزشی متناسب باشد.

یکی از اهداف محوری آموزش ویژه، شناسایی توانایی‌ها و استعدادها بالقوه دانش‌آموزان استثنایی و سرمایه‌گذاری آموزشی هدفمند در این توانایی‌ها به منظور افزایش کارکرد تحصیلی، سازگاری فردی و استقلال آنان است.

یکی از اصول اساسی در ارائه خدمات آموزشی به دانش‌آموزان استثنایی، اجرای آموزش ویژه در محیط با کمترین محدودیت است. به این معنا که دانش‌آموزان استثنایی باید تا حد امکان کمتر از همکلاسی‌های عادی، خانواده و اجتماع جدا شوند و آموزش آن‌ها در شرایطی انجام گیرد که بیشترین شباهت را به زندگی عادی و هنجار داشته باشد.

محیط با کمترین محدودیت به این معنا نیست که همه دانش‌آموزان استثنایی الزاماً در کلاس عادی آموزش ببینند؛ بلکه سطح محدودیت محیط آموزشی باید متناسب با نوع و شدت نیازهای فردی دانش‌آموز تعیین شود. هدف نهایی از رعایت این اصل، فراهم کردن زمینه‌ای غنی‌تر برای بیشترین حمایت آموزشی و رشدی از کودک با نیازهای ویژه، بدون جداسازی غیرضروری او از محیط طبیعی زندگی است.

طبقه‌بندی کودکان استثنایی

طبقه‌بندی کودکان استثنایی بسیار پیچیده است، زیرا هر کودک ویژگی‌های منحصربه‌فردی دارد و یک عامل بیماری‌زا می‌تواند در کودکان مختلف اثرات متفاوتی ایجاد کند. با وجود دشواری‌ها، محققان تقسیم‌بندی‌هایی ارائه کرده‌اند که یکی از رایج‌ترین آن‌ها توسط کرک مطرح شده است. طبق این طبقه‌بندی، کودکان استثنایی به گروه‌هایی شامل انحرافات هوشی (تیزهوشان و کم‌توان ذهنی)، آسیب‌های حسی (شنوایی و بینایی)، مشکلات ارتباطی (اختلالات تکلم و یادگیری)، ناهنجاری‌های رفتاری، دشواری‌های حرکتی و سایر بیماری‌ها و موارد خاص تقسیم می‌شوند. این تقسیم‌بندی کمک می‌کند تا نیازهای آموزشی و حمایتی هر گروه بهتر شناسایی و برنامه‌ریزی شود، هرچند نسبت دانش‌آموزان هر گروه در طول دهه‌ها تغییر قابل توجهی داشته است.

کج مثال ۲: در تقسیم‌بندی‌های جدید کودکان استثنایی، کدام آسیب در محدوده آسیب‌های حوزه سلامت قرار می‌گیرد؟

(آموزش و پرورش کودکان استثنایی - سراسری ۱۴۰۲)

۱) نابینا - ناشنوا ۲) آسم - دیابت کودکان
۳) فلج مغزی - اسپینابیفیدا ۴) معلولیت‌های چندگانه و آسیب‌های دودامنه

پاسخ: گزینه «۲» در تقسیم‌بندی‌های جدید کودکان استثنایی، بیماری‌هایی نظیر آسم، دیابت، نشانگان نقص ایمنی اکتسابی (ایدز)، هموفیلی، هایپوگلیسمی (کمبود قند خون)، کم‌خونی‌های داسی شکل، سرطان و فیبروز کیستی در محدوده آسیب‌های حوزه سلامت قرار می‌گیرند.

کج مثال ۳: کدام موارد به ترتیب، بیشترین ناتوانی‌های دانش‌آموزان را تشکیل می‌دهند؟

(روانشناسی کودکان استثنایی - سراسری ۱۴۰۳)

۱) کم‌توانی‌های ذهنی - آسیب‌های جسمی - ناتوانی‌های یادگیری ۲) کم‌توانی‌های ذهنی - آسیب‌های حسی - ناتوانی‌های یادگیری
۳) کم‌توانی‌های ذهنی - اختلال طیف در خودماندگی - ناتوانی‌های یادگیری ۴) کم‌توانی‌های ذهنی - اختلال‌های هیجانی و رفتاری - ناتوانی‌های یادگیری



پاسخ: گزینه «۴» به‌طور کلی شایع‌ترین اختلال عصبی رشدی، اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی و ADHD است و پس از آن اختلالات یادگیری شیوع قابل توجهی دارد. همچنین اختلالات هیجانی / رفتاری و کودکان دشوار یا اختلالات بدون نمود همچون نافرمانی مقابله‌ای شیوع بالایی دارند. در نهایت کم‌توانی ذهنی با شیوع حدود ۱ تا ۳ درصد، از جمله اشکالات شایع کودکی است.

قانون برای آموزش کودکان استثنایی

قوانین نقش بسیار تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری و تحول آموزش ویژه داشته‌اند. یکی از مهم‌ترین قوانین در این حوزه، قانون آموزش همه کودکان معلول است که در سال ۱۹۷۵ تصویب شد و بعدها در سال ۱۹۹۰ با عنوان قانون آموزش افراد با ناتوانی بازنگری گردید. این قانون بر مداخله زود هنگام در دوران کودکی تأکید داشته و ارائه آموزش عمومی رایگان و مناسب را برای تمامی کودکان و نوجوانان ۳ تا ۲۱ سال، صرف‌نظر از نوع یا شدت ناتوانی الزامی می‌داند. قانون آموزش افراد با ناتوانی تأکید دارد که برای هر کودک استثنایی باید یک برنامه آموزش انفرادی تهیه شود که به‌وسیله گروه آموزشی و با مشارکت والدین طراحی شده باشد.

برنامه آموزش انفرادی: برنامه آموزش انفرادی باید شامل گزارش دقیق از سطح عملکرد و پیشرفت فعلی دانش‌آموز، هدف‌های آموزشی مشخص و قابل اندازه‌گیری، خدمات آموزشی و حمایتی مورد نیاز و ملاک‌ها و روش‌های سنجش میزان تحقق هدف‌ها باشد. از نظر اصولی، این برنامه زمانی معتبر و اثربخش است که نیازهای آموزشی دانش‌آموز به‌دقت سنجیده شده، همکاری مؤثر میان متخصصان و والدین برای طراحی برنامه برقرار باشد و هدف‌ها به‌صورت روشن، عینی و قابل ارزشیابی تدوین شده باشند.

کلمه مثال ۴: نخستین مؤلفه اصلی هر برنامه آموزشی انفرادی، کدام است؟

(دکتری ۱۴۰۱)

- (۱) تعیین مسئولیت‌ها
(۲) تدوین برنامه آموزشی
(۳) سطح کنونی عملکرد آموزشی
(۴) هدف‌های سالیانه قابل اندازه‌گیری

پاسخ: گزینه «۳» در برنامه آموزشی فردی شده، هدف‌های تربیتی برای هر دانش‌آموز تعیین می‌شود، طرح‌هایی برای رسیدن به اهداف تنظیم و معیارهایی برای اندازه‌گیری عملکرد وی مشخص می‌شود. برنامه آموزش و پرورش فردی شده، براساس سطح فعلی عملکرد تربیتی دانش‌آموز تهیه می‌شود و به او کمک می‌کند تا به هدف‌های توافق‌شده دست یابد.

اصل برون‌گذاری صفر، یکی از اصول بنیادین حمایت از کودکان و دانش‌آموزان استثنایی است و تأکید دارد که هیچ دانش‌آموزی به دلیل نوع، شدت یا ماهیت ناتوانی خود نباید از خدمات آموزشی محروم شود. این اصل به معنای تضمین دسترسی برابر همه دانش‌آموزان به آموزش، حمایت و امکانات لازم است و تأکید دارد که حتی دانش‌آموزان با ناتوانی‌های شدید یا چندگانه، محرومیت از آموزش یا خدمات ویژه نداشته باشند. در عمل، این اصل شامل اقداماتی مانند طراحی برنامه‌های آموزشی ویژه، استفاده از روش‌های آموزشی جایگزین و مکمل و فراهم کردن محیط‌های یادگیری قابل دسترس برای همه است.

کلمه مثال ۵: این اصل که «بدون توجه به ماهیت، نوع و شدت ناتوانی هیچ فرد ناتوانی را نباید از دریافت خدمات محروم ساخت»، بیانگر کدام اصل حمایت از کودکان و دانش‌آموزان استثنایی است؟

(دکتری ۱۴۰۱)

- (۱) آموزش انفرادی (۲) انتقال آزاد (۳) برون‌گذاری صفر (۴) تضمین مسئولیت و سلامت

پاسخ: گزینه «۳» مفهوم آموزش انفرادی، موضوع اصلی همه قوانین و اصول آموزش و پرورش کودکان استثنایی است. برای هر دانش‌آموز باید برنامه‌ای براساس نیازهای ویژه همان فرد تدوین شود که از بدو تولد تا سال‌های پس از مدرسه را در بر گیرد. در برنامه آموزش انفرادی، سطح فعلی عملکرد تربیتی دانش‌آموز مشخص شده، اهداف تربیتی تنظیم و به وی کمک می‌شود تا به هدف‌های توافق‌شده دست یابد. اصل انتقال آزاد: در قانون آموزش افراد دچار ناتوانی (IDEA) تصریح شده است. باید برای همه افرادی که از آموزش و پرورش استثنایی بهره می‌برند، برنامه‌ای جهت انتقال از دوره آموزشی مدرسه به زندگی مستقل پس از مدرسه اندیشیده شود. این برنامه از ۱۴ سالگی برای کودک اجرا می‌شود. اصل برون‌گذاری صفر بیان می‌کند بدون توجه به ماهیت، نوع و شدت ناتوانی، هیچ فرد ناتوانی را نباید از دریافت خدمات محروم کرد. اصل تضمین مسئولیت و سلامت، فراهم کردن مراقبت‌های ویژه و بهداشتی جهت پیشگیری و معالجات پزشکی، روانشناسی و توانبخشی کودکان دارای معلولیت را تضمین می‌کند.

کودکان استثنایی در DSM-5

در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌شناختی (DSM-5)، کودکان استثنایی عمدتاً در دسته اختلالات عصبی - رشدی قرار می‌گیرند. این دسته شامل مجموعه‌ای از اختلالات است که در دوره رشد کودک شروع می‌شوند و اغلب قبل از ورود به دبستان آشکار می‌گردند. اختلالات عصبی - رشدی با نقایص رشدی مشخص همراه هستند که می‌توانند عملکرد شخصی، اجتماعی، تحصیلی و حتی شغلی کودک را مختل کنند. دامنه این نقایص بسیار متنوع است و از محدودیت‌های خاص یادگیری یا مشکلات کنترل عملکردهای اجرایی گرفته تا اختلالات گسترده در مهارت‌های اجتماعی یا هوش متفاوت است. به عبارت دیگر، کودکان استثنایی از دیدگاه DSM-5، کودکانی دارای اختلالاتی در رشد و تکامل عصبی - شناختی و رفتاری هستند و این اختلالات می‌توانند بر یادگیری، تعاملات اجتماعی و توانمندی‌های فردی آن‌ها اثرگذار باشند.

نکته ۱: شروع اختلال در اوایل رشد، تأثیر بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی و دامنه محدود تا گسترده اختلال‌ها از مشخصه‌های اصلی کودکان استثنایی در DSM-5 است.



فرایند یکپارچه‌سازی (تلفیق) دانش‌آموزان استثنایی در مدارس عادی

رویکرد غالب در آموزش کودکان استثنایی، تلفیق و ادغام آنان با دانش‌آموزان عادی در مدارس عادی است که به آن یکپارچه‌سازی (Inclusion) گفته می‌شود. چهار جنبش مهم در شکل‌گیری این فرایند نقش داشته‌اند: بهنجارسازی، مؤسسه‌زدایی، خودتصمیم‌گیری و فراگیرسازی کامل. بهنجارسازی (Normalization): اصل اساسی در گرایش به یکپارچه‌سازی، بهنجارسازی است. براساس این اصل، هدف و روش آموزش دانش‌آموزان ناتوان باید تا حد امکان مشابه دانش‌آموزان عادی باشد.

- ۱- بهنجارسازی یک باور فلسفی است که معتقد است هر فرد حتی ناتوان‌ترین آن‌ها باید از آموزش و محیط زندگی بهنجار برخوردار باشد.
- ۲- ملاک ارزیابی بهنجارسازی (مقایسه با افراد عادی) برای برخی طرفداران حقوق افراد ناتوان، نامعقول است.
- مؤسسه‌زدایی (Deinstitutionalization): در گذشته، افراد کم‌توان ذهنی یا بیماران روانی در مؤسسه‌های شبانه‌روزی نگهداری می‌شدند. در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، جنبش مؤسسه‌زدایی تلاش کرد افراد ناتوان را به محیط خانواده و جامعه بازگرداند و حضورشان در کنار خانواده افزایش یافت. خودتصمیم‌گیری (Self-Determination): انتقال افراد ناتوان به جامعه نشان داد که آنان همانند سایر افراد، حق بهره‌مندی از خودتصمیم‌گیری را دارند؛ خودتصمیم‌گیری به معنای اتخاذ تصمیمات فرد درباره جنبه‌های مهم زندگی، از جمله برنامه‌ریزی یادگیری و امور شخصی است و در این میان، برنامه‌ریزی شخص‌محور، یکی از جنبه‌های کلیدی و اساسی خودتصمیم‌گیری محسوب می‌شود.
- فراگیرسازی کامل (Full Inclusion): در فراگیرسازی کامل، همه دانش‌آموزان ناتوان صرفاً در کلاس‌های عمومی حضور دارند و کلاس‌های ویژه جداگانه وجود ندارد، آنان در مدرسه محله خود تحصیل می‌کنند و مسئولیت اصلی آموزش آن‌ها بر عهده آموزش عمومی است و نه آموزش ویژه. پیش‌فرض‌های مهم فراگیرسازی عبارت‌اند از اینکه برچسب‌زدن به افراد ناتوان زیان‌بار است، برنامه‌های توان‌افزای آموزش ویژه بی‌تأثیر بوده‌اند، افراد ناتوان باید به‌عنوان یک گروه اقلیت در نظر گرفته شوند و اخلاقیات و حقوق فردی از شواهد تجربی مهم‌تر هستند.

کج مثال ۶: کدام مورد، هدف اصلی آموزش فراگیر (inclusive education) را بیان می‌کند؟ (آموزش و پرورش کودکان استثنایی - سراسری ۱۴۰۲)

- ۱) برقراری عدالت اجتماعی برای همه دانش‌آموزان
- ۲) برقراری عدالت اجتماعی برای دانش‌آموزان استثنایی
- ۳) جست‌وجو و درک نیازهای آموزشی همه دانش‌آموزان
- ۴) جست‌وجو و درک نیازهای آموزشی دانش‌آموزان استثنایی

پاسخ: گزینه «۳» هدف از برقراری آموزش فراگیر، جست و جو و درک نیازهای آموزشی برای همه دانش‌آموزان است. در واقع، آموزش فراگیر عبارت است از تلفیق کامل دانش‌آموزان با توانایی‌های گوناگون در همه جنبه‌های تحصیلی که دیگر دانش‌آموزان قادر به دسترسی و لذت بردن هستند. در آموزش فراگیر فرض بر این است که تمام دانش‌آموزان می‌توانند در کلاس عادی تحصیل کنند و فقط زمانی باید از کلاس عادی خارج شوند که نتوانند خدمات ویژه را در آنجا دریافت کنند. اکثر تعاریف ارائه شده درباره فراگیرسازی کامل شامل مؤلفه‌های مهمی است که عبارت‌اند از: ۱- همه دانش‌آموزان ناتوان، بدون در نظر گرفتن نوع و شدت ناتوانی‌ها، فقط در کلاس‌های عمومی شرکت می‌کنند. به سخن دیگر، کلاس‌های آموزش ویژه جداگانه وجود ندارد. ۲- همه دانش‌آموزان ناتوان در مدرسه‌های محله خود حضور پیدا می‌کنند. ۳- مسئولیت عمده دانش‌آموزان ناتوان به عهده آموزش عمومی است و نه آموزش ویژه.

مداخله زودهنگام برای کودکان دارای ناتوانی

بسیاری از متخصصان معتقدند که تشخیص زودهنگام ناتوانی‌ها و آغاز برنامه آموزشی و درمانی در همان سال‌های اولیه زندگی، نتایج بهتری برای کودک به دنبال دارد. مداخله زودهنگام، تلاش مستمر و نظام‌دار برای کمک به کودکان استثنایی از بدو تولد تا ۵ سالگی و خانواده‌های آنان است. وظیفه اصلی والدین در سال‌های اولیه، شناخت ناتوانی کودک و آگاهی از ابعاد آن است تا فرایند آموزش و درمان با موفقیت آغاز شود. سه اصل اساسی مداخله زودهنگام عبارت‌اند از: ۱- یادگیری‌های زودهنگام کودک، پایه یادگیری‌های بعدی او را شکل می‌دهد؛ بنابراین هرچه برنامه ویژه زودتر آغاز شود، احتمال یادگیری مهارت‌های پیچیده‌تر بیشتر است. ۲- پشتیبانی و حمایت برنامه مداخله زودهنگام از کودک و خانواده می‌تواند از بروز مشکلات و ناتوانی‌های بیشتر جلوگیری کند. ۳- توانمندسازی خانواده‌ها برای سازگاری با حضور کودک دارای ناتوانی، آموزش مهارت‌های رفتار مؤثر در خانه و دسترسی به خدمات حمایتی، جانبی.

کج نکته ۲: سنگ بنای مداخلات زودهنگام، برنامه آموزش انفرادی خانواده (IFSP) است که مشابه برنامه آموزش انفرادی است اما تمرکز ویژه‌ای بر مشارکت خانواده دارد.

انواع برنامه‌های مداخله زودهنگام

برنامه‌های مبتنی بر مرکز (مرکز محور): در برنامه‌های مبتنی بر مرکز، کودک و خانواده به مرکز آموزشی یا مشاوره مراجعه می‌کنند و یکی از مزایای مهم این روش این است که کارکنان مرکز می‌توانند تعداد زیادی از کودکان را به‌صورت همزمان تحت پوشش قرار دهند.

برنامه‌های مبتنی بر خانه: در برنامه‌های مبتنی بر خانه، اخیراً شیوه‌های ترکیبی مرکز و خانه طراحی شده است که مناسب خانواده‌هایی با مادر شاغل یا خانواده‌های تک‌والدی است و از مزایای این روش این است که راهکارها و فنون یادگرفته شده در مرکز به محیط خانه منتقل شده و قابل اجرا می‌شوند.

کج مثال ۷: کدام مورد، از مهم‌ترین نقش‌های مداخله بهنگام در پیشگیری اولیه مشکلات شایع دوران کودکی محسوب نمی‌شود؟

(آموزش و پرورش کودکان استثنایی - سراسری ۱۴۰۲)



- ۲) تمرکز بر زبان و ارتباط با رویکردی جامع
۴) کاهش نیاز به خدمات آموزش و پرورش ویژه

- ۱) فراهم کردن مشاوره مداوم برای خانواده
۳) حمایت همه‌جانبه از نظام خانواده در جامعه

پاسخ: گزینه «۴» مداخله به‌هنگام، مجموعه خدمات جامعی است که از لحظه تولد تا سه سالگی برای کودک فراهم می‌شود. پایه اصلی این برنامه‌ها، آموزش خانواده، طراحی راهبردهای لازم، اطلاع‌رسانی و حمایت از خانواده و کودک با هدف به حداقل رساندن شرایط خطرناک است. در برنامه‌های مداخله‌ای به هنگام، تلاش می‌شود تا عملکرد کودکان در حیطه‌های اصلی کارکرد نظیر زبان، شناخت، حرکات ظریف و درشت و رشد هیجانی - اجتماعی بهبود یابد.

واکنش والدین به تولد و حضور کودک استثنایی

امروزه والدین نقش کلیدی در آموزش و درمان کودکان استثنایی دارند، اما نباید به‌عنوان شبه‌معلم یا شبه‌درمانگر دیده شوند. هدف، حفظ روابط طبیعی مادر - کودک است.

واکنش والدین به تولد و حضور کودک استثنایی معمولاً پیچیده و چندوجهی است. اگرچه تولد یک نوزاد رویدادی شادی‌آور است، برای والدینی که انتظار فرزندی سالم داشته‌اند، تولد کودک دارای ناتوانی می‌تواند فشار روانی، اختلال در تعاملات خانوادگی، اضطراب، افسردگی و مشکلات اقتصادی به همراه داشته باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که والدین از مراحل شوک، آشفتگی، انکار، غمگینی، اضطراب، ترس و نهایتاً پذیرش و سازگاری عبور می‌کنند، اما این مراحل همیشه به‌صورت توالی‌وار طی نمی‌شوند.

واکنش‌های رایج والدین شامل احساس گناه، به‌ویژه در بارداری‌های ناخواسته یا مواردی با علت ناشناخته و احساس ناکامی و محرومیت است که اغلب به دلیل کمبود وسایل درمانی یا نگرانی از آسیب به تعادل روانی و اقتصادی خانواده شدت می‌یابد. برخی والدین، به‌ویژه والدین کودکان کم‌توان ذهنی، انکار مشکل فرزند را تجربه می‌کنند و تأخیر در رشد یا گفتار کودک را توجیه می‌کنند. همچنین اضطراب و نگرانی به مرور با مراجعه‌های مکرر به متخصصان و آگاهی از تحصیل کودک در مدارس ویژه تشدید می‌شود.

یکی دیگر از واکنش‌های والدین، برون‌فکنی یا فرافکنی است؛ به‌این معنا که والدین، ناتوانی کودک را به کمبود امکانات درمانی یا سهل‌انگاری دیگران نسبت می‌دهند و خود را عاری از تقصیر می‌دانند. این واکنش‌ها نشان‌دهنده فشارهای روانی و عاطفی شدید والدین و نیاز به حمایت و راهنمایی حرفه‌ای برای پذیرش و مدیریت شرایط کودک است.



فصل یازدهم: «روانشناسی کودکان با ناتوانی‌های جسمانی»

کودکان دارای معلولیت‌ها و بیماری‌های جسمانی، یکی از کوچک‌ترین و ناهمگون‌ترین گروه‌های کودکان استثنایی را تشکیل می‌دهند. برخی معلولیت‌ها آشکار (واضح) و برخی پنهان هستند؛ تعدادی از این کودکان تنها به اصلاحات محیط فیزیکی (مانند رمپ یا آسانسور) نیاز دارند، درحالی‌که دیگران نیازمند تغییر محتوای آموزشی، تنظیم ساعات درسی و آموزش مهارت‌های خاص (مانند استفاده از وسایل کمکی) هستند. با توجه به نقش اساسی حرکت و سلامت جسم در رشد روان‌شناختی، ابتدا روند رشد حرکتی در سال‌های اولیه زندگی بررسی می‌شود و سپس ناتوانی‌های جسمانی بحث خواهد شد.

روند رشد حرکتی در سال‌های کودکی

ابتدایی‌ترین پاسخ‌های رفتاری کودک، حرکتی و عضلانی است که از طریق آن به درک خود و جهان اطراف می‌رسد و زیربنای آگاهی‌ها و یادگیری‌های بعدی را فراهم می‌کند. در رشد جنینی، عضلات پیش از عصب و عصب پیش از مغز قابل تشخیص ظاهر می‌شوند؛ عضلات نگهدارنده سیستم عصبی هستند و فعالیت‌های ذهنی از توانایی‌های حرکتی پایه جدا نیستند. ویژگی‌های رفتارهای حرکتی جنینی عبارتند از: تکامل سریع و مداوم (با تفاوت‌های فردی)، شروع از واکنش‌های خفیف، نامنظم و پراکنده به بارز و منظم، جهت سر به پا (سفالوکدال)، نزدیک به محور مرکزی بدن به دور، عضلات بزرگ به کوچک و تکامل طولانی اعمال حیاتی (مانند تنفس) که بلافاصله پس از تولد مستقل عمل می‌کنند.

در تولد، وزن متوسط نوزاد عادی حدود ۳ کیلوگرم و قد ۵۰ سانتی‌متر است (پسران کمی سنگین‌تر و بلندتر تا حدود ۱۰ سالگی؛ سپس دختران پیشی می‌گیرند و پس از بلوغ پسران دوباره افزایش می‌یابند). دور سر پسران ۳۷-۳۲ و دختران ۵/۳۶-۳۲ سانتی‌متر است. نوزاد در ماه اول عمدتاً موجود بازتابی است و اکثر حرکات رفلکسی هستند؛ با رشد سیستم عصبی، برخی بازتاب‌ها ناپدید می‌شوند، برخی باقی می‌مانند و برخی به حرکات ارادی تبدیل می‌شوند.

بازتاب‌ها در نوزادان

بازتاب‌ها، پاسخ‌های غیرارادی و خودکار سیستم عصبی مرکزی به محرک‌هایی مانند فشار، صدا یا تحریک لمسی هستند که عمدتاً توسط سطوح پایین‌تر مغز (نخاع، بصل‌النخاع، ساقه مغز و برجستگی‌های حلقوی) کنترل می‌شوند. نخستین شکل حرکات انسان بازتابی است و در چهار ماه آخر جنینی و چهار ماه اول پس از تولد، حافظه حرکتی عمدتاً از این حرکات تشکیل شده است. ضعف، فقدان، اغراق‌آمیز بودن یا تداوم غیرطبیعی بازتاب‌ها پس از دوره طبیعی ناپدید شدن، می‌تواند نشانه آسیب مغزی باشد.

بازتاب‌های اصلی نوزادان

بازتاب پلک‌زدن: بازتاب پلک‌زدن با تاباندن نور درخشان به چشم یا نزدیک کردن سریع دست به صورت تحریک می‌شود و نوزاد فوراً پلک‌های خود را می‌بندد. این بازتاب وظیفه محافظت از چشم در برابر تحریک شدید را برعهده دارد و برخلاف اکثر بازتاب‌ها، دائمی است و تا پایان عمر باقی می‌ماند.

بازتاب گونه: بازتاب گونه زمانی تحریک می‌شود که گونه نزدیک گوشه دهان نوازش شود و نوزاد سر خود را به سمت منبع تحریک برمی‌گرداند. وظیفه اصلی آن کمک به نوزاد برای یافتن نوک پستان مادر است و معمولاً تا ۳ هفته ادامه دارد، پس از آن به چرخاندن ارادی سر تبدیل می‌شود.

بازتاب مکیدن: بازتاب مکیدن با قرار دادن انگشت یا شیء مناسب در دهان نوزاد تحریک می‌شود و او به‌طور موزون مکیدن را آغاز می‌کند. این بازتاب امکان تغذیه اولیه را فراهم می‌آورد و تا حدود ۴ ماهگی ادامه دارد، پس از آن مکیدن ارادی جایگزین آن می‌شود.

بازتاب مورو (در آغوش کشیدن): بازتاب مورو با افتادن جزئی سر نوزاد یا ایجاد صدای بلند ناگهانی تحریک می‌شود و نوزاد با خم کردن پشت، باز کردن پاها و دست‌ها و سپس بازگشت دست‌ها به بدن، حرکت در آغوش کشیدن را نشان می‌دهد. این بازتاب از تولد تا حدود ۳ ماهگی پدیدار است و تا ۶ ماهگی ناپدید می‌شود؛ در گذشته تکاملی احتمالاً به آویزان شدن به مادر کمک می‌کرده است. تداوم بیش از ۹ ماهگی احتمال کم‌توانی ذهنی و عدم بروز آن نشانه آسیب عصبی است.

بازتاب چنگ‌زدن: بازتاب چنگ‌زدن با فشار انگشت در کف دست یا قرار دادن شیء روی کف پا تحریک می‌شود و نوزاد خودانگیخته چنگ می‌زند (در دست و پا). وظیفه آن آماده‌سازی نوزاد برای چنگ‌زدن ارادی است و معمولاً تا ۴-۳ ماهگی ناپدید می‌شود.

بازتاب شنا کردن: بازتاب شنا کردن در وضعیت درازکش به شکم تحریک می‌شود و نوزاد حرکات آهنگین خم و باز شدن دست و پا مشابه شنا را نشان می‌دهد. این بازتاب از تولد تا حدود ۴ ماهگی ادامه دارد.

بازتاب سینه‌خیز: بازتاب سینه‌خیز در وضعیت درازکش به شکم با تحریک کف پا ظاهر می‌شود و نوزاد حرکت خم شدن دست و پا به‌صورت سینه‌خیز را انجام می‌دهد. دوره آن از تولد تا حدود ۳ ماهگی است.

بازتاب لابیرنتی: بازتاب لابیرنتی با چرخش بدن به هر جهت تحریک می‌شود و نوزاد تلاش می‌کند سر خود را برای حفظ وضعیت قائم در جهت مخالف حرکت دهد. این بازتاب بین ۲ تا ۶ ماهگی دیده می‌شود.

بازتاب بابینسکی: بازتاب بابینسکی با نوازش کف پا از انگشت به سمت پاشنه تحریک می‌شود و انگشتان (به‌ویژه شست) از هم باز و به بیرون خم می‌شوند. معمولاً تا ۱۲-۸ ماهگی ناپدید می‌شود و تداوم پس از ۳ سالگی نشانه اختلال در سیستم عصبی مرکزی (CNS) است.



بازتاب گام‌برداری: بازتاب گام‌برداری با نگر داشتن نوزاد زیر بغل و لمس کف پای لخت با سطح صاف تحریک می‌شود و نوزاد پاها را یکی پس از دیگری به صورت گام بلند می‌کند. وظیفه آن آماده‌سازی برای راه رفتن ارادی است و معمولاً تا حدود ۲ ماهگی ناپدید می‌شود (در نوزادان سنگین‌تر زودتر رخ می‌دهد و در نوزادان سبک‌تر به مدت بیشتری ادامه می‌یابد).

فلج مغزی (Cerebral Palsy - CP)

فلج مغزی یک بیماری واگیردار یا پیش‌رونده نیست (مگر با درمان نامناسب تشدید شود) و قابل‌علاج کامل نیست، اما با مداخلات توان‌بخشی و پزشکی قابل مدیریت است. این اختلال ناشی از آسیب غیرپیش‌رونده به مغز نابالغ (پیش از بلوغ) است و با نشانه‌هایی مانند فلج، ضعف، عدم هماهنگی یا اختلال حرکتی همراه می‌باشد. شدت آن از خفیف (تقریباً نامحسوس) تا شدید (ناتوانی کامل) متغیر است. در برخی از افراد تنها آسیب حرکتی نشان می‌دهند و برخی ترکیبی از علائم را دارند. هوش متوسط این کودکان معمولاً پایین‌تر از عادی است، اما الزاماً کم‌توان ذهنی نیستند (۷۰ درصد همبودی با کم‌توانی ذهنی، اما افراد با هوش متوسط یا سرآمد نیز وجود دارند). پیشرفت‌های پزشکی مانند فیزیوتراپی فشرده بلندمدت همراه با جراحی ریزوتومی خلفی انتخابی، کنترل بهتر ماهیچه‌ها را در نوع اسپاستیک فراهم می‌کند.

هر عاملی که به مغز در حال رشد آسیب بزند (محرومیت اکسیژن، مسمومیت، خونریزی یا ضربه) می‌تواند سبب فلج مغزی شود. علل پیش از تولد: عفونت‌های مادرزادی، بیماری‌های مزمن مادر، ضربه فیزیکی، مواد سمی یا اشعه ایکس. علل حین تولد: مشکلات زایمان پیچیده. علل پس از تولد: تولد زودرس، کم‌اکسیژنی، تب بالا، عفونت‌ها، مسمومیت یا خونریزی.

طبقه‌بندی انواع فلج مغزی

فلج مغزی براساس دو معیار اصلی طبقه‌بندی می‌شود: **اندام‌های درگیر** (توزیع جغرافیایی آسیب) و **نوع حرکت** (تونوس عضلانی و الگوی حرکتی). این طبقه‌بندی‌ها کمک می‌کنند تا شدت، پیش‌آگهی و رویکرد درمانی/آموزشی مناسب‌تر تعیین شود. آسیب مغزی الزاماً هوش یا حساسیت هیجانی را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. انواع مختلف تونوس عضلانی می‌تواند در یک فرد ترکیب شود و بخش‌های مختلف بدن را درگیر کند.

طبقه‌بندی براساس اندام‌های درگیر

– **همی‌پلژی (تک‌سو فلجی):** درگیری یک نیم بدن (راست یا چپ)؛ شامل اندام فوقانی، تحتانی، تنه و گاهی عضلات صورت

– **دی‌پلژی (فروفلجی):** درگیری بیشتر پاها نسبت به بازوها (شایع در زودرس‌ها)

– **کوآدری‌پلژی (چهاراندام فلجی):** درگیری هر چهار اندام (دست و پا)؛ اغلب شدیدترین نوع

– **پاراپلژی (پا فلجی):** فقط درگیری پاها.

طبقه‌بندی براساس نوع حرکت

– **اسپاستیک (تشنجی):** شایع‌ترین (حدود ۶۰ درصد)؛ سفتی و انقباض عضلانی (اسپاستیسیته)، سختی ماهیچه‌ها و حرکات ارادی نادرست (دیسکینزی)؛ دست و پا اغلب خمیده است یا باز می‌ماند.

– **آتوتوئید (کرتوتوئید):** اختلال کنترل ارادی عضلات؛ حرکات غیرارادی ناگهانی، مشکلات تعادل و ناتوانی در تکالیف حرکتی موفق.

دیس‌کینتیک: یکی از انواع فلج مغزی است که با حرکات غیرارادی، کند، پیچشی یا ناگهانی مشخص می‌شود و معمولاً در اثر آسیب به عقده‌های قاعده‌ای مغز ایجاد می‌شود. در این نوع، تون عضلانی ناپایدار است و ممکن است بین شلی و سفتی تغییر کند، به طوری که کنترل حرکات ارادی، حفظ وضعیت بدن و انجام حرکات دقیق دچار مشکل می‌شود. حرکات غیرارادی در حالت هیجان، استرس یا تلاش برای انجام فعالیت افزایش و در زمان خواب کاهش می‌یابند، درحالی‌که توانایی‌های شناختی در بسیاری از این افراد طبیعی یا نزدیک به طبیعی باقی می‌ماند.

– **آتونیک:** کم‌کشیدگی و سستی ماهیچه‌ها؛ بدن لرزان و ناپایدار، اختلال تعادل و درک که مانع نگر داشتن سر، نشستن یا ایستادن می‌شود.

– **آناکسی:** عدم هماهنگی حرکات ظریف و درشت، ضعف تعادل و جهت‌یابی فضایی

– **آپراکسی:** ناهماهنگی عضلانی همراه مشکلات ادراکی، تعادلی و تکلمی

– **دیس‌کینتیک:** یکی از انواع فلج مغزی است که با **حرکات غیرارادی، کند، پیچشی یا ناگهانی** مشخص می‌شود و معمولاً در اثر آسیب به عقده‌های قاعده‌ای مغز ایجاد می‌شود. در این نوع، تون عضلانی ناپایدار است و ممکن است بین شلی و سفتی تغییر کند، به طوری که کنترل حرکات ارادی، حفظ وضعیت بدن و انجام حرکات دقیق دچار مشکل می‌شود. حرکات غیرارادی در حالت هیجان، استرس یا تلاش برای انجام فعالیت افزایش یافته و در زمان خواب کاهش می‌یابند، درحالی‌که توانایی‌های شناختی در بسیاری از این افراد طبیعی یا نزدیک به طبیعی باقی می‌ماند.

این طبقه‌بندی‌ها اغلب ترکیب می‌شوند (مانند اسپاستیک دی‌پلژی) و درمان بر توان‌بخشی، فیزیوتراپی و حمایت آموزشی تمرکز دارد.

کلمه مثال ۱: کشیدگی تمام عضلات بدن که در زمان بیداری افزایش و در زمان خواب کاهش می‌یابد، ویژگی کدام گروه است؟ (دکتری ۱۴۰۱)

(۴) دی‌پلژی

(۳) همی‌پلژی

(۲) آناکسیک

(۱) دیس‌کینتیک



کلمه مثال ۲: در بیماری اتوتوئید، کدام نوع از مشکلات حرکتی دیده می‌شود؟ (دکتری ۱۴۰۱)

- (۱) ناهماهنگی عضلانی
(۲) مشکلات ادراکی و تکلمی
(۳) تکان خوردن با لرزش غیرارادی
(۴) مشکل در مفاصل با حرکات تکراری

پاسخ: گزینه «۴» فلج مغزی اتوتوئید که گاهی اوقات به آن فلج مغزی دیس‌کینتیک نیز گفته می‌شود، یک نوع فلج مغزی نادر است که در ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران دیده می‌شود. این نوع از فلج مغزی باعث بروز حرکات غیر قابل کنترل مانند پیچ خوردن بدن و حرکات تکانشی بازوها، دست‌ها و پاها می‌شود. کودکان مبتلا به فلج مغزی نوع اتوتوئید، حرکات پیچشی، غیرارادی و مداوم دارند. سختی یا دیستونی نیز در بین افراد مبتلا به فلج مغزی اتوتوئید شایع است. این نوع فلج مغزی بر اندام‌های بالایی بیش از اندام‌های تحتانی تأثیر می‌گذارد. این افراد معمولاً مشکلات گفتاری نیز دارند. این ضایعه در اثر آسیب به هسته‌های قاعده‌ای مغز به وجود می‌آید. علائم شایع فلج مغزی اتوتوئید عبارت است از: سفتی یا خشک شدن بدن، افتادن دست و پا، وضعیت اندامی نامناسب و مشکلات تغذیه‌ای.

کلمه مثال ۳: کدام گروه، رایج‌ترین نوع فلج مغزی را به خود اختصاص می‌دهد؟ (دکتری ۱۴۰۲)

- (۱) اسپاستیک (۲) دی‌پلژیا (۳) کوآدری پلژیک (۴) آتاکسیک و اتوتوئید

پاسخ: گزینه «۱» فلج مغزی بسته به آسیب و مشکل حرکتی که ایجاد می‌کند و قسمتی از بدن که بر روی آن تأثیر می‌گذارد دسته‌بندی می‌شود. مؤسسه ملی بهداشت اظهار می‌کند که فلج مغزی اسپاستیک شایع‌ترین شکل این اختلال است و حدود ۸۰٪ از موارد فلج مغزی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. فلج مغزی اسپاستیک باعث می‌شود که کودکان رفلکس‌های اغراق آمیز (اسپاستیسیته) و عضلات سفت و گاه دردناک داشته باشند. اکثر کودکان بسته به نوع و میزان اسپاستیسیته که دارند، درجاتی از مشکلات در راه رفتن را تجربه می‌کنند. فلج مغزی اسپاستیک به دلیل آسیب‌دیدگی قشر حرکتی مغز که حرکات ارادی را کنترل می‌کند، به وجود می‌آید. همچنین آسیب‌دیدگی راه هرمی که وظیفه آن راه دادن سیگنال‌های مغزی به ماهیچه‌ها می‌باشد نیز می‌تواند باعث فلج اسپاستیک شود. به همین دلیل به این نوع از فلج مغزی، هرمی نیز گفته می‌شود.

کلمه مثال ۴: کدام مورد به شکل مناسب توصیف‌کننده اختلال دیزآرتری اسپاستیک است؟ (روانشناسی کودکان استثنایی - سراسری ۱۴۰۱)

- (۱) علاوه بر بالا بودن تونوسسته عضلانی، واکنش اولیه دهانی - حلقی هم پایدار می‌ماند.
(۲) حرکات غیرارادی در اندام‌ها و وجود مشکلات گفتاری خیلی شدید
(۳) مشکلات گفتاری در حد متوسط بوده و سرعت گفتار کم است.
(۴) اختلال در زمان‌بندی و هماهنگی بین اجزای گفتار

پاسخ: گزینه «۱» اختلال دیزآرتری اسپاستیک به دلیل نقص در ساختار مخچه رخ می‌دهد. در این نقص، انقباض یا تونوس عضلانی بالاست و به هنگام تکلم، واکنش اولیه دهانی - حلقی ثابت می‌ماند و فرد گفتاری کند و نامشخص دارد.

اختلال تشنجی (صرع یا Epilepsy)

صرع (به معنای غافلگیر کردن) ناشی از تخلیه ناگهانی و نابهنجار انرژی الکتریکی در سلول‌های خاص مغز است که علائم آن به محل شروع و گستره تخلیه بستگی دارد. حدود ۶ درصد افراد در زندگی حداقل یک تشنج را تجربه می‌کنند، اما صرع وقتی تشخیص داده می‌شود که تشنج‌ها عودکننده و مکرر باشند؛ شیوع واقعی صرع حدود ۵/۱ تا ۱ درصد جمعیت است. تشنج بازتاب، فعالیت غیرعادی مغز است و در کودکان با ناتوانی‌های رشدی (مانند کم‌توانی ذهنی یا فلج مغزی) بسیار شایع‌تر رخ می‌دهد. حملات مکرر با کاهش اکسیژن و تغذیه سلولی، مقاومت مغز را کم می‌کند و می‌تواند به اختلال یادگیری یا ویژگی‌های شخصیتی خاص (مانند «شخصیت صرعی» یا انفجاری) منجر شود.

صرع با چنین ویژگی‌هایی شناخته می‌شود: ۱- ظاهر شدن ناگهانی و بدون اراده؛ ۲- قطع خودبه‌خودی علائم؛ ۳- تکرار مکرر (با فراوانی متفاوت)؛ ۴- بی‌اطلاعی فرد از حمله (آمنیزی)؛ ۵- اختلال در ریتم امواج مغزی (EEG) غیرطبیعی؛ ۶- کنترل کامل یا جزئی با دارو در بسیاری موارد؛ ۷- تفاوت حملات در دیرش، فراوانی، نحوه شروع، حرکات، علت، ناتوانی‌های همراه و پاسخ به درمان. گاهی اختلالات رفتاری ناشی از آسیب عضوی مغز هستند و صرع بهترین مثال است که قبل از بلوغ ظاهر شده و با مشکلات رفتاری/ روانی همراه می‌شود.

سن شروع، پیش‌آگهی و علت را نشان می‌دهد: قبل از ۶ ماهگی نشانه ضایعه شدید مغزی؛ قبل از ۱ سالگی ۵۰ درصد احتمال عود؛ در جریان تب نشانه کاهش آستانه تحمل مغزی؛ در بلوغ ناشی از تغییرات فیزیولوژیکی، بیولوژیکی یا هورمونی؛ پس از ۳۵ سالگی اغلب عروقی یا تومورال. درمان بر کنترل حملات (دارو، گاهی جراحی) و حمایت آموزشی/ روانی تمرکز دارد تا تأثیر بر یادگیری و رفتار کاهش یابد.

تقسیم‌بندی انواع صرع



صرع براساس محل شروع و گستره تخلیه الکتریکی مغز به دو نوع اصلی موضعی (کانونی) و منتشر (عمومی) تقسیم می‌شود. در صرع موضعی، تخلیه در منطقه محدودی از مغز رخ می‌دهد، درحالی‌که صرع منتشر، تقریباً تمام مغز را درگیر می‌کند. شایع‌ترین انواع صرع عمومی شامل پتی‌مال (کوچک) و گراندمال (بزرگ) است، درحالی‌که صرع روانی - حرکتی (گیجگاهی یا اتوماتیسم) یکی از انواع شایع موضعی محسوب می‌شود.

صرع پتی‌مال (کوچک یا Absence) این نوع صرع عمومی ناشی از تخلیه در مرکز یا قسمت‌های عمیق مغز است و ممکن است در نوجوانی/بلوغ ناپدید یا به گراندمال تبدیل شود. علامت اصلی **غیبت یا فراموشی** (۲-۲۰ ثانیه) است که کودک از خود بی‌خود شده، به یک نقطه خیره می‌ماند و فعالیت حرکتی متوقف می‌گردد (آکینتیک)؛ گاهی تکان‌های عضلانی مانند چشمک زدن، پرش دست یا شانه بالا انداختن (میوکلونیک) دیده می‌شود. نفس‌های شدید (۵-۳ دقیقه‌ای) خطر را افزایش می‌دهد و هوش‌بهر کودکان معمولاً عادی است؛ این نوع باعث سقوط نمی‌شود (به همین دلیل کوچک نامیده می‌شود).

صرع گراندمال (بزرگ) صرع بزرگ با تشنجات همراه بی‌هوشی و سقوط ناگهانی مشخص می‌شود و چهار مرحله دارد:

- **اورا (خبرکننده):** علائم پیش از تشنج (حرکتی مانند دویدن/مزه‌مزه کردن، حسی مانند درد/خارش، حواسی مانند توهمات بصری/شنوایی، روانی مانند وحشت/فراموشی یا احساسی مانند درد شکمی).

- **انقباضی:** بدن سفت، سر به عقب، تنفس قطع، دست/پا منبسط (۲۰-۱۵ ثانیه)؛

- **تشنجی:** تکان‌های شدید صورت/بدن، گاز گرفتن زبان، کف دهان، کبودی صورت، گاهی دفع ادرار/مدفوع (۳-۱ دقیقه)؛

- **اغما:** خواب عمیق با تنفس بلند، رفلکس‌ها ضعیف و باینسکی دوطرفه (۱ تا چند ساعت).

صرع روانی - حرکتی (گیجگاهی یا اتوماتیسم): این نوع شایع موضعی است و همیشه با از دست رفتن هوشیاری همراه نیست؛ شروع با اورای بینایی/چشایی/شنوایی/بویایی، حالت نیمه‌رویا، حرکات خودکار (اتوماتیسم مانند سرگردانی یا دنبال چیزی گشتن)، مسافرت بدون آگاهی یا تشنج منطقه‌ای پیچیده (ارثی، اغلب کودکی، مخفی تا عامل محرک مانند تب/ضربه). ممکن است با تغییرات خلقی شدید (پرخاشگری، بی‌قراری انفجاری، خرابکاری یا حتی رفتارهای ضداجتماعی) همراه باشد؛ عوارض روانی و اجتماعی شایع است.

کج مثال ۵: در کدام نوع صرع، حملات الگوی مشخص دارند، در سنین پایین مشاهده می‌شوند و بیشتر در خانواده‌هایی رخ می‌دهد که سابقه صرع دارند؟

(دکتری ۱۴۰۲)

۴) پتی‌مال

۳) اولیه و ثانویه

۲) ثانویه

۱) اولیه

پاسخ: گزینه «۲» صرع می‌تواند اولیه (ایدیوپاتیک) یا ثانویه باشد. در صرع ثانویه، علت صرع مشخص بوده و صرع در واقع نشانه‌ای از یک اختلال زمینه‌ای دیگر مثل تومور مغزی می‌باشد. در صرع‌های ثانویه حملات الگوی مشخصی دارند، در سنین پایین‌تر مشاهده می‌شوند و نقش عوامل ارثی در آنها پررنگ‌تر می‌باشد.

میزان هوش در کودکان مبتلا به صرع

در حدود ۵۰ درصد کودکان مصروع هوش‌بهر بین ۱۰۰ تا ۱۱۰ دارند و حدود ۸۰ درصد هوش‌بهر بالاتر از ۸۰؛ کودکان باهوش نیز در میان آن‌ها کم نیستند و ۹۵ درصد در مدارس عادی قابل آموزش‌اند (فقط ۵ درصد به دلیل اختلال شدید یادگیری نیاز به آموزش ویژه دارند که اکثراً صرع گیجگاهی هستند). با این حال، در کودکان مصروع بدون کم‌توانی ذهنی، شیوع ناتوانی‌های یادگیری بالاتر از معمول است و مشکلات رفتاری/یادگیری اغلب در صرع گیجگاهی (تخلیه در لوب تمپورال) دیده می‌شود؛ کودکان به دلیل حملات مکرر، بی‌نظمی رفتاری، پرخاشگری و ناسازگاری کم‌هوش‌تر به نظر می‌رسند و ممکن است تویخ یا اخراج شوند.

آموزش کودکان مبتلا به صرع

برای آموزش مؤثر، کودکان را به گروه‌های کوچک تقسیم کنید، مواد درسی را به قسمت‌های کوچک‌تر دسته‌بندی تا جذب آسان‌تر شود و در صورت نیاز از روش‌های حسی - حرکتی (مشابه کودکان آسیب‌دیده شنوایی) استفاده کنید. صرع یک بیماری اجتماعی محسوب می‌شود؛ زیرا اختلالات رفتاری و سازشی در کلاس بیشتر است، اما تجربه نشان می‌دهد در اکثر کودکان پس از جدایی کوتاه از خانواده (کمتر از ۶ ماه) رفتارها کاهش یافته و به مدارس عادی بازمی‌گردند. شایع‌ترین سوءتعبیرها از ناآشنایی با علل و کمک اولیه ناشی می‌شود؛ در حمله: تلاش برای توقف تشنج نکنید، کودک را راحت بخوابانید، یقه را باز کنید، لوازم خطرناک را دور کنید، صورت را به یک طرف بچرخانید تا کف خارج شود؛ ورزش‌های قدرتی ممنوع اما نرمش و شنا با جلیقه مفید است.

روش‌های درمان صرع

درمان صرع شامل **دارودرمانی** (۷۵-۷۰ درصد بهبود؛ انتخاب دارو براساس نوع صرع؛ اگر حمله تک‌بار یا ناشی از تلویزیون باشد نیازی نیست)، **جراحی** (برداشتن دقیق کانون صرع بدون آسیب به مناطق دیگر) و **روان‌درمانی** (توصیه‌های روانی و تقویت حمایت) است. داروها با قطع ارتباط سیناپسی، انتشار تخلیه الکتریکی را متوقف می‌کنند؛ درمان زودرس و کنترل حملات کلیدی است تا تأثیر بر یادگیری و رفتار کاهش یابد.

شکاف ستون فقرات و سایر آسیب‌های نخاع شوکی



آسیب‌های عصب‌شناختی ممکن است فقط نخاع شوکی را درگیر کند و مغز سالم بماند. این آسیب‌ها (پیش یا پس از تولد) توانایی حرکت و کنترل کارکردهای بدنی پایین‌تر از محل آسیب را مختل می‌کنند. در روزهای اولیه جنینی، بافتی نورمانند (لوله عصبی یا خط میانی) وجود دارد که باید تا روز ۲۸ جنینی بسته شود تا مغز، نخاع و ستون مهره‌ها تشکیل گردند؛ اگر به دلایل ناشناخته بسته نشود، نقایص مادرزادی خط میانی مانند شکاف لب، شکاف کام و شکاف ستون فقرات (اسپینابیفیدا) ایجاد می‌شود.

علت‌شناسی اسپینابیفیدا: علل دقیق ناشناخته است، اما عوامل افزایش‌دهنده خطر شامل کمبود اسید فولیک (ویتامین B9) در مادر پیش از بارداری، مصرف داروهای ضدصرع (تداخل با متابولیسم فولیک اسید)، دیابت کنترل‌نشده یا چاقی مادر و تب در ماه‌های اولیه بارداری هستند. پیشگیری با مصرف مکمل اسیدفولیک پیش از بارداری توصیه می‌شود.

نقایص مادرزادی ناشی از بسته نشدن خط میانی

– **شکاف لب (لب‌شکری):** بخشی از لب باز می‌ماند و رشد کافی ندارد؛ ممکن است با شکاف کام همراه باشد.

– **شکاف کام:** عدم پیوستگی بخش‌های چپ و راست سقف دهان؛ شیوع ۱ در ۸۰۰-۶۰۰ زایمان؛ با جراحی زودرس پس از تولد قابل اصلاح است.

– **شکاف ستون فقرات (اسپینابیفیدا):** بسته نشدن ستون مهره‌ها که ممکن است نخاع بیرون‌زدگی داشته باشد؛ باعث آسیب اعصاب، فلج، از دست دادن حس/کنترل اندام‌های پایین‌تر، مشکلات درک فضایی، جهت‌یابی، سازماندهی حرکتی و تصویر بدنی می‌شود؛ اغلب با فلج پاها و اسفنکترهای مقعدی/مثانه همراه است.

انواع اسپینابیفیدا

– **مخفی:** بدون فلج یا علائم خاص؛ نخاع بیرون‌زده و گاهی موهای اضافی در محل

– **مننگوسل:** کیسه قرمز شبیه گوجه با مایع مغزی‌نخاعی (بدون رشته عصبی)؛ بدون فلج شدید اما لنگش هنگام راه رفتن

– **مننگومیلوسل:** کیسه حاوی مایع و رشته‌های عصبی؛ فلج پاها، اختلال کنترل ادرار/مدفوع؛ هوش عادی مگر با هیدروسفالی همراه (کم‌توانی ذهنی). جراحی زودرس اغلب نتیجه‌بخش است و کودک به مدرسه عادی می‌رود؛ عدم درمان نیاز به کمر بند، عصا یا ویلچر ایجاد می‌کند و عدم کنترل ادرار/مدفوع به‌عنوان مشکل اصلی باقی می‌ماند.

کلمه مثال ۶: سوندگذاری، برای کدام اختلال کاربرد دارد؟ (دکتری ۱۴۰۱)

- (۱) اسپینابیفیدا (۲) صرع میوکولونیک (۳) دیستروفی عضلانی دوشن (۴) آسیب مغزی ضربه‌ای

پاسخ: گزینه «۱» بیماری مهره شکاف‌دار (Spina bifida)، نوعی ناهنجاری مادرزادی محسوب می‌شود. این عارضه، یک ضایعه در لوله عصبی است که مانع بسته شدن ستون مهره‌ها می‌شود. در نوزادان مبتلا به اسپینابیفیدا، بخشی از این لوله عصبی به درستی رشد پیدا نکرده و در نتیجه بسته نمی‌شود. شایع‌ترین محل آن در مناطق کمری و سینه‌ای تحتانی است. این ضایعه درجه‌های مختلفی از فلج را در زیر منطقه مبتلا موجب می‌گردد. یکی از علائم این عارضه مشکلات ادراری، مثانه و ناتوانی در حرکت دادن اندام تحتانی می‌باشد. در این گونه موارد، نیاز به سوندگذاری برای تخلیه ادرار است.

کلمه مثال ۷: در کدام نوع از شکاف ستون فقرات، نخاع، به‌طور صحیح رشد نمی‌کند؟ (دکتری ۱۴۰۲)

- (۱) پنهان (۲) کیسه‌ای (۳) مننگوسل (۴) میلو مننگوسل

پاسخ: گزینه «۴» میلو مننگوسل، نوعی نقص مادرزادی لوله عصبی است که در آن ستون فقرات و کانال نخاعی قبل از تولد نوزاد به‌طور کامل بسته نمی‌شود و نوزاد با شکافی در استخوان‌های ستون فقرات به دنیا می‌آید. این بیماری، جدی‌ترین و شدیدترین نوع اسپینابیفیدا است که در آن نخاع و اعصاب در خارج از بدن رشد می‌کنند و در کیسه‌ای پر از مایع قرار می‌گیرند. این کیسه، در خارج از بدن و در قسمت پشتی قابل مشاهده است. در این شرایط، کیسه مایع از سوراخی در پشت کودک خارج می‌شود؛ این کیسه حاوی بخشی از نخاع، مننژها، اعصاب و مایع مغزی نخاعی (CSF) است. سازمان سنجش گزینه (۲) را به‌عنوان پاسخ صحیح اعلام کرده اما با توجه به پاسخ فوق، گزینه (۴) صحیح است.

اختلال‌های استخوانی و ماهیچه‌ای اسکلتی

برخی کودکان به دلیل نقایص، بیماری‌های ماهیچه‌ها یا استخوان‌ها دارای ناتوانی جسمانی هستند، اما آسیب عصب‌شناختی ندارند و هوش آن‌ها تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد (مگر با ناتوانی‌های همراه). این مشکلات می‌تواند مادرزادی یا اکتسابی باشد و توانایی حرکتی را مختل کند. رایج‌ترین نمونه‌ها، تحلیل عضلانی (دیستروفی دوشن) و آرتریت روماتوئید نوجوانی هستند؛ سایر موارد شامل اسکلیوز، فلج اطفال و اسکروز مولتیپل می‌شود.

– **تحلیل عضلانی (دیستروفی عضلانی دوشن):** اختلال ارثی با ضعف پیش‌رونده ناشی از تحلیل رشته‌های ماهیچه‌ای؛ تصویر بالینی: کاهش تدریجی قدرت عضلانی، مشکل راه رفتن، نهایتاً معلولیت شدید، مشکلات تنفسی و مرگ در موارد پیشرفته. درمان قطعی ندارد و مدیریت علامتی (فیزیوتراپی و حمایت تنفسی) است.

کلمه مثال ۸: کدام مورد درباره فرد مبتلا به دیستروفی عضلانی دوشن، درست نیست؟ (دکتری ۱۴۰۲)

- (۱) تونوسیتته عضلانی بالایی دارد. (۲) تحلیل عضلات، پیش‌رونده است.



۳) کودک، یک دوره سلامت حرکتی را تجربه می‌کند.

۴) در موارد شدید، به دستگاه تنفس نیاز پیدا می‌کند.

پاسخ: گزینه «۱» دیستروفی عضلانی یک بیماری مهم نقص ژنتیکی است که در اثر از بین رفتن تدریجی بافت عضلانی به وجود می‌آید. رایج‌ترین نوع بیماری دیستروفی عضلانی، بیماری دوشن است. این بیماری اولین بار در اوایل کودکی و فقط در کودکان پسر و به دنبال یک دوره سلامت حرکتی ظاهر می‌شود و به سرعت پیشرفت می‌کند. علائم اولیه بیماری شامل ضعف عضلانی و مشکلات حرکتی است. در این بیماری ضعف عضلانی پیشرونده است و کودک مبتلا به تدریج قدرت حرکت را از دست می‌دهد. بیماران دشواری در راه رفتن در سنین ۱ الی ۳ سالگی دارند و معمولاً قادر به دویدن یا پریدن شبیه هم سن و سالان خود نیستند، اغلب برای بالا رفتن از پله مشکل دارند و برای این کار از نرده‌ها کمک می‌گیرند. برای بلند شدن از زمین نیز مشکل دارند. این بیماری عضلات بدن را تضعیف کرده و می‌تواند منجر به زمین خوردن مکرر و دشواری در راه رفتن شود و در اکثر موارد بیماران تا پیش از سن ۱۲ سالگی ناچار به استفاده از ویلچر می‌شوند. از جمله عوارض دیستروفی عضلانی دوشن می‌توان به انحنای ناتوان‌کننده ستون فقرات به صورت بالقوه که می‌تواند باعث تشدید مشکلات تنفسی شود و تحلیل رفتن عضله قلب اشاره کرد.

– **آرتريت روماتوئید نوجوانی:** بیماری طولانی‌مدت التهابی که مفاصل، عضلات، غشاهای و غضروف را درگیر می‌کند؛ شروع آهسته یا ناگهانی. **تصویر بالینی:** درد و تورم مفاصل هنگام حرکت، محدودیت حرکتی، درد لمسی، خشکی صبحگاهی. **درمان:** داروهای ضدالتهاب، فیزیوتراپی و گاهی جراحی برای کنترل علائم.

– **اسکلیوز:** خمیدگی غیرطبیعی ستون فقرات (اغلب جانبی) که ممکن است با نقص دست/ پا همراه باشد؛ **تصویر بالینی:** عدم تقارن شانه/ لگن، درد کمر، مشکلات تنفسی در موارد شدید. **درمان:** بريس، فیزیوتراپی یا جراحی.

– **فلج اطفال (پولیومیالیت):** بیماری ویروسی عفونی (ویروس پولیو) که اعصاب حرکتی نخاع/ مغز را درگیر می‌کند؛ شایع در کودکان. **تصویر بالینی:** ضعف شدید عضلانی، اسپاسم، فلج کامل یا تغییر شکل اندام‌ها (بدون آسیب عصب‌شناختی مستقیم). پیشگیری با واکسن؛ درمان علامتی و توان‌بخشی.

– **اسکلروز مولتیپل (MS):** بیماری مزمن سیستم اعصاب مرکزی با آسیب غلاف میلین؛ علت نامعلوم. **تصویر بالینی:** مشکلات حسی (به‌ویژه بینایی)، لرزش، ضعف عضلانی، اسپاسم، اختلال گفتار، گیجی، پریشانی عاطفی و مشکل راه رفتن. درمان قطعی ندارد؛ دارو برای کنترل علائم و کند کردن پیشرفت. این اختلالات اغلب نیاز به توان‌بخشی، فیزیوتراپی و حمایت آموزشی دارند تا استقلال حداکثری حفظ شود.

سایر شرایط متأثرکننده سلامت یا ناتوانی جسمی

علاوه بر آسیب‌های بررسی‌شده قبلی، دامنه گسترده‌ای از بیماری‌ها، اختلالات فیزیولوژیک، نقایص مادرزادی و آسیب‌ها می‌توانند سلامت و توانایی جسمانی کودک را مختل کنند و نیاز به آموزش ویژه یا خدمات حمایتی ایجاد نمایند. این شرایط اغلب با مشکلات همراه (مانند کم‌توانی ذهنی یا اختلالات رفتاری) هستند و هوش کودک را مستقیماً تحت تأثیر قرار نمی‌دهند مگر با همبودی.

– **آسم:** اختلال ریوی با التهاب یا انسداد مجاری هوا است که تنفس را دشوار می‌کند؛ حملات پیش‌بینی‌ناپذیر اما اغلب بهبود یابنده هستند. **تصویر بالینی:** خس‌خس سینه، سرفه، تنگی نفس، به‌ویژه شب‌ها یا با محرک‌ها (گردوغبار، ورزش، آلرژی). مدیریت با داروهای استنشاقی و پیشگیری از محرک‌ها؛ در مدرسه نیاز به برنامه اضطراری دارد.

– **نشانگان الکل جنینی (FAS):** ناشی از مصرف الکل مادر در بارداری؛ شایع‌ترین علت قابل پیشگیری کم‌توانی ذهنی و نقایص رشدی. **تصویر بالینی:** ظاهر غیرطبیعی صورت (سر کوچک، چشم‌های کوچک، بینی کوتاه)، کوتاهی قد، وزن کم، ناهماهنگی بدن، کم‌توانی ذهنی، مشکلات رفتاری (بیش‌فعالی، تمرکز ضعیف)، نارسایی شنوایی/بینایی. غیرقابل علاج؛ تمرکز بر حمایت آموزشی و رفتاری.

– **نشانگان نقص ایمنی اکتسابی (ایدز/HIV در کودکان):** عفونت HIV که سیستم ایمنی را نابود می‌کند؛ کودکان اغلب مادرزادی مبتلا هستند. علاوه بر عفونت‌های مکرر و کشنده، مشکلات عصب‌شناختی مانند کم‌توانی ذهنی، فلج مغزی، تشنج و اختلالات رفتاری/هیجانی شایع است. درمان ضدویروسی پیشرفت را کند می‌کند؛ نیاز به حمایت آموزشی و روانی گسترده دارد.

– **دیابت (معمولاً نوع ۱ در کودکان):** اختلال ارثی یا خودایمنی با ترشح ناکافی انسولین (هورمون تنظیم گلوکز خون). **تصویر بالینی:** تشنگی/گرسنگی زیاد، ادرار مکرر، خستگی، کاهش وزن؛ خطر کما در عدم کنترل. **درمان:** تزریق روزانه انسولین، رژیم غذایی و نظارت قندخون؛ در مدرسه برنامه مدیریت (تزریق، میان‌وعده) ضروری است.

– **کم‌خونی داسی شکل (Sickle Cell Anemia):** اختلال ارثی هموگلوبین که سلول‌های قرمز خون را غیرعادی می‌کند؛ در کاهش اکسیژن، سلول‌ها داسی شکل شده و عروق را مسدود می‌کنند. شایع در افراد آفریقایی‌تبار و مناطق مالاریاخیز (حاملگی محافظت از مالاریا می‌دهد). **تصویر بالینی:** درد شدید بحران‌ها، عفونت مکرر، کم‌خونی مزمن، آسیب اندام‌ها. درمان علامتی (مسکن، هیدراتاسیون، آنتی‌بیوتیک پیشگیری)؛ نیاز به مراقبت مدرسه‌ای برای بحران‌ها.

این شرایط اغلب مزمن هستند و نیاز به مدیریت چندرشته‌ای (پزشکی، آموزشی، خانوادگی) دارند تا کودک حداکثر استقلال و پیشرفت را داشته باشد.

اندام مصنوعی، اورتوز سایر وسایل تطابق با زندگی روزانه

نظریات رشد



فصل اول: «دیدگاه‌های تاریخی»

روانشناسی رشد علم مطالعه جریان تحول روان‌شناختی و تغییرات جسمانی از لحظه انعقاد نطفه تا لحظه مرگ است. روان‌شناسی رشد مطالعه علمی فرایندهای تغییر و ثبات در طول زندگی انسان است. آنچه در این حوزه صورت می‌گیرد مطالعه نظریاتی است که به دنبال توصیف چرایی و چگونگی تحول هستند. این نظریات می‌خواهند به ما بگویند پدیده‌های روانی نظیر هویت، ارتباط بین‌فردی، هوش، ظرفیت تجربه هیجان و ... چگونه شکل می‌گیرند. رشد رشته‌ای تخصصی و موضوع آن کسب آگاهی در تمام جنبه‌های رشد انسان از تولد تا مرگ است و آن را باید یکی از عرصه‌های نسبتاً جدید علمی به‌شمار آورد. بدین ترتیب آنچه به دنبال آن هستیم، بررسی دیدگاه‌های مختلف تاریخی و نظریات نوین رشد و تحول است.

نظریه پوریتان

پوریتان (پروتستانسیسم) یک دیدگاه مذهبی بنیادگرا و افراطی است که ایده‌های عجیبی در مورد خصوصیات ذهنی کودکان و همچنین نحوه تعلیم و تربیت آنان دارد. پوریتان در اساس مذهبی خویش به معنای گناه نخستین است و طبق این نگاه، کودکان (انسان) گناهکار به دنیا می‌آیند یعنی از ابتدا ذهنی شومناک داریم که هدفی جز رذالت و پلیدی ندارد. پس برای رستگاری و رهایی از این تاریکی باید محیط بتواند با تمام توان خود، تغییردهنده و شفاف‌بخش باشد. پوریتان در مورد کودکان نوعی دیدگاه تربیتی سخت‌گیرانه دارد. بدین ترتیب که به‌واسطه روش‌های سفت و سخت تعلیم و تربیت تلاش کرد ذهن کودکان را از گناه پاک کند. این نظریه در دوران قرون وسطی به اوج رسید اما کم‌کم کنار گذاشته شد.

نظریه فرمیافتگی پیشین (پیش‌ساخت‌گرایی)

دیدگاه غیرمذهبی رایج در قرون وسطی در مورد کودکان، نظریه فرمیافتگی پیشین بود. طبق این نگاه کودکان همان بزرگسالان مینیاتوری هستند و تفاوت اصلی بزرگسالان و کودکان صرفاً ظاهری و مربوط به قوای فیزیولوژیکی است. این دیدگاه معتقد است که کودکان توانمندی‌ها و بلوغ عقلانی انسان بزرگسال را دارند. بدین ترتیب، هر انتظاری که از یک بزرگسال بالغ بود نسبت به کودک هم همان نگاه وجود داشت. عارضه این ایده، وحشتناک است چراکه کودکان حق هیچ نوع زندگی کودکانه و خیال‌پردازانه را نداشتند و سخت‌گیری و انتظارات غیرمعمول نسبت به آنان وجود داشت. همان‌طور که در نقاشی‌ها و سینمای تصویرگر قرون وسطی می‌بینیم، کودکان در لباسی همچون بزرگسالان نشان داده می‌شوند. این همان نگاهی است که می‌گوید کودک و بزرگسال صرفاً در قد و قواره متفاوتند، هرچند این دیدگاه در ظاهر بسیار عجیب و غریب و غیرمنطقی است. نوام چامسکی، زبان‌شناس معاصر در زمینه رشد زبان پیش‌ساخت‌گرا محسوب می‌شود، چراکه معتقد است کودکان ظرفیت کلامی قدرتمندی دارند و این باعث می‌شود که ما با کمترین آموزش نیز، الگوهای پیچیده زبانی داشته باشیم.

کج مثال ۱: نظریه پیش‌ساخت‌گرایانه، در کدام حوزه از دانش، بیشترین نمود را داشته است؟
 (۱) بوم‌شناسی (۲) رویان‌شناسی (۳) ژنتیک رفتاری (۴) پدیدارشناسی (دکتری ۱۴۰۲)

پاسخ: گزینه «۲» ایده پیش‌ساخت‌گرایی / فرمیافتگی پیشین معتقد است کودکان همان بزرگسالان مینیاتوری یا شکل کوچکی از یک فرد بالغ هستند. این نظریه همسو با حوزه رویان‌شناسی است که نشان می‌دهد رویان همان فرم یک فرد بالغ در اندازه‌ی بسیار کوچک‌تر است.

تجربی‌نگری جان لاک

جان لاک (John Locke) (۱۶۳۲-۱۷۰۴) فیلسوف انگلیسی قرن ۱۷ است که اوج نگاه ماتریالیستی - تجربی‌نگری را در پی داشت. این دیدگاه که چکیده‌ای از تفکر ارسطو است، محیط را به‌واسطه تجارب متعدد خود - نه الگوهای فطری - شکل‌دهنده شخصیت می‌داند. جان لاک، پدر فلسفه تجربه‌گرایی جدید و پدر دموکراسی در دنیای مدرن، سال ۱۶۳۲ در دورینگتن (نزدیک بریستول) انگلستان زاده شد. جان لاک همچون ارسطو می‌گفت، ذهن کودکان لوحی سفید است که از لحاظ اخلاقی و شناختی خنثی است و اینکه به چه نوع انسانی تبدیل شوند به نحوه پرورش آنان منوط است، در نتیجه محیط و والدین می‌توانند هرطور که می‌خواهند به فرزند خود شکل دهند و همین باعث می‌شود او را از پدران روان‌شناسی تربیتی بدانیم. لاک توصیه کرد که والدین با تحسین و تأیید خود به فرزندانشان پاداش دهند. لاک یکی از پیش‌تازان رفتارگرایان مدرن بود و رفتار محبت‌آمیز و توأم با مهربانی را با کودکان ترغیب می‌کرد. فلسفه او باعث شد که خشونت نسبت به کودکان به محبت و دلسوزی تبدیل شود. او رشد را به‌صورت پیوسته در نظر می‌گرفت.

فلسفه تربیتی لاک

لاک معتقد است که والدین و معلمان جامعه باید بتوانند ارزشمندترین چیزها را به کودک یاد دهند و همچنین سرمشق مناسبی برای رشد آن‌ها باشند. همین شد که لاک را آغازگر واقعی رفتارگرایی جان واتسون و حتی یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا می‌دانند. به نظر جان لاک والدین الگوهای مناسبی برای شکل‌گیری رفتار کودک هستند، بدین ترتیب وی را می‌توان آغازگر رویکرد یادگیری اجتماعی دانست. این رویکرد سال‌ها بعد توسط بندورا مطرح شد که براساس آن مبنای شکل‌گیری رفتار کودک، مشاهده یا الگوبرداری اجتماعی یا همان تقلید است. از آنجایی که جان لاک شیوه‌های دقیق تربیتی را مطرح کرد، ایشان را از پدران روان‌شناسی تربیتی می‌دانند. هدف نهایی تعلیم و تربیت از دیدگاه وی، **خویش‌داری** است. خویش‌داری برای لاک به معنای صبور بودن، تلاش کردن و تقویت قوای جسمانی است.

طبیعت‌گرایی رمانتیک ژان ژاک روسو

روسو در آرای خویش تابع فطری‌نگری افلاطون بود و معتقد بود ما لوح سفید نیستیم و با اطلاعات انبوهی پا به این جهان می‌گذاریم. همچون افلاطون انسان را بخشی از نظام طبیعت می‌دانست و نظم درونی طبیعت را به انسان نیز نسبت می‌داد. به این ترتیب، کودکان، تابع طرح طبیعت رشد می‌کنند و تحول آنها جریان از پیش تعیین‌شده و هدفمندی دارد.

به نظر روسو کودکان وحشی‌های بزرگواری هستند که قدرت تشخیص درست و غلط در آنان به ودیعه گذاشته شده است. طبیعت طوری آنان را برنامهریزی کرده که مثبت رشد کنند چون ذاتاً دارای حس تشخیص اخلاقی هستند، پس اگر والدین در رشد آنان دخالت نکنند و آنها را به انحراف نکشانند براساس سرشت خود به سمت نیکی رشد می‌کنند. وی با اینکه نقش والدین و محیط را در تربیت رد می‌کند، اما به نقش همسالان در تحول معتقد است. به‌طورکلی عقاید روسو نقطه مقابل تجربی‌نگری جان لاک است. روسو همچون افلاطون انسان را بخشی از نظام طبیعت می‌داند و معتقد است نظم درونی طبیعت در کودک نیز موجود است. روسو را آغازگر فلسفه کودک‌مداری می‌دانند. او در کتاب امیل بر دو مفهوم ارزشمند در مورد تحول و رشد کودکان تأکید کرد که به‌واسطه ارائه این مفاهیم و نظریات، پدر روان‌شناسی رشد شناخته می‌شود.

مفاهیم اختصاصی نظریه روسو

مرحله (stage): عبارت است از تغییر کیفی در تفکر، احساس و رفتارکردن که دوره‌های خاص رشد را مشخص می‌کند. به‌طور دقیق‌تر، مراحل دوره‌های زمانی متمایزی هستند که خصوصیات کیفی مشخصی دارند.

رسش (maturation): به روند رشدی اشاره دارد که به‌صورت ارثی تعیین و به‌طور طبیعی شکوفا می‌شود. رسش یک برنامه از پیش تعیین شده است که مقرر می‌کند چه رفتاری را در چه زمانی نشان دهیم.

نظریه‌پردازان بعدی از مفهوم رسش استقبال کردند و این مفهوم را مبنای نظریات خویش قرار دادند. از جمله این نظریه‌پردازان می‌توان به تکامل‌نگری داروین و به‌طور کلی کردارشناسان و همچنین، استانی هال و آرنولد گزل (از نظریه‌پردازان نمودارنگی) اشاره کرد.

تثبیت: در فرایند رشد ناپیوسته ممکن است شاهد توقف در یک مرحله باشیم که اصطلاحاً به آن تثبیت (fixation) می‌گویند. تثبیت در صورتی اتفاق می‌افتد که نیاز یک مرحله برآورده نشود یا بیش از حد مورد توجه قرار بگیرد. لازم به ذکر است که رشد پیوسته، تثبیت ندارد.

بررسی نظریات در چارچوب پیوستگی - ناپیوستگی

نظریه‌پردازان معتقد به ناپیوستگی رشدی: روسو، نظریات نمودارنگی، روان‌کاوان، نظریه‌پردازان شناختی نظیر پیاژه، برونر و نظریه‌پردازان اخلاقی.

نظریه‌پردازان معتقد به پیوستگی رشدی: جان لاک، رفتارگرایان همچون اسکینر، بندورا و نظریه پردازش اطلاعات.

نظریه‌پردازان معتقد به پیوستگی و ناپیوستگی رشدی: ویگوتسکی و کردارشناسان.

مراحل رشد از دیدگاه روسو

مرحله ۱- نوباوگی (تولد تا حدود دو سالگی): نوباوگان جهان را مستقیماً از طریق حواسشان تجربه می‌کنند.

مرحله ۲- کودکی (از دو سالگی تا ۱۲ سالگی): این مرحله زمانی شروع می‌شود که کودکان استقلال جدیدی را به دست می‌آورند. در این مرحله، کودکان صاحب نوعی استدلال شهودی می‌شوند.

مرحله ۳- اواخر کودکی (از حدود ۱۲ سالگی تا ۱۵ سالگی): مرحله سوم دوره انتقالی بین کودکی و نوجوانی است. در این مرحله کودک علاقه‌ای به رفتارهای اجتماعی ندارد و از کار کردن با اشیای فیزیکی لذت می‌برد.

مرحله ۴- نوجوانی: در مرحله چهارم که با بلوغ آغاز می‌شود، کودک آشکارا به موجودی اجتماعی تبدیل می‌شود. روسو معتقد بود که بلوغ در ۱۵ سالگی، یعنی اندکی دیرتر از آنچه امروز اتفاق می‌افتد، آغاز می‌گردد. در این زمان، نوجوان تولد دیگری را تجربه می‌کند و این مسئله مورد استقبال استانی هال در قرن بیستم واقع می‌شود و به تبع آن پدیده باززیستی را مطرح می‌کند.

فلسفه بزرگسالی و پیری: معروف‌ترین دیدگاه عمر متعلق به اریک اریکسون است.

دیدگاه تکامل‌گرا و روان‌شناسی رشد

چارلز داروین، به نحوه برخورد و تعامل محیط با گونه‌ها و افراد، انتخاب طبیعی اطلاق کرد. انتخاب طبیعی، به این معنی است که طبیعت، اقدام به انتخاب افراد یا گونه‌هایی می‌کند که می‌توانند با محیط خود سازگار شده و تولیدمثل موفق داشته باشند. آن‌هایی که به هر دلیل، در انطباق با محیط یا تولیدمثل موفق، شکست می‌خورند، از غریب طبیعت رد شده و تداوم نسل آن‌ها، قطع می‌گردد. برای اینکه کسی یا گونه‌ای بتواند از امتحان طبیعت پیروز بیرون بیاید نه تنها می‌بایست قدرت و شرایط لازم برای زنده ماندن را داشته باشد بلکه می‌بایست در تولیدمثل نیز موفقیت کسب کند. تولیدمثل، تضمین‌کننده این است که آن فرد، بذر خود را در نسل‌های بعدی بگستراند. افرادی که فرزندان سالم بیشتری را که آن فرزندان نیز خود موفق بوده‌اند، می‌پروراند، باعث می‌شوند تا تعداد نفرت بیشتری از نسل‌های بعد، فرزندان آن‌ها و در نتیجه، حامل ژن‌های آن‌ها باشند. این مسئله، یعنی گسترش توزیع ژنتیکی افراد موفق و کاهش گسترش ژنتیکی افراد کمتر موفق که در نسل‌های متوالی روی می‌داده، منجر شده تا در هر نسل، افرادی که زادگان افراد موفق نسل‌های قبلی هستند بیشتر شوند و شکل جمعیت‌شناختی هر نسل را تغییر دهند. تداوم این تغییر، همان چیزی است که ما به‌عنوان فرگشت یا تحول می‌شناسیم.

همچنین باید توجه شود که واژه تکامل در نظریه فرگشت یا تکامل، غالباً به معنای متعالی شدن، کامل‌تر شدن یا بهتر شدن نیست.

اصول داروینیسیم

الف) اصل تنازع بقا: در صحنه زندگی، هر موجودی با صدها عامل نابودکننده روبه‌روست که اساس زندگی آن را تهدید می‌کند و هر موجودی می‌خواهد عوامل بقای خود را تحصیل کرده و از علل نابودکننده دور باشد. از این نظر همواره میان موجودات عالم تنازع و کشمکش برقرار است. منازعه و جنگ که اثر مستقیم افزایش نامحدود موجودات جاندار و گیاهان است، در جانوران آشکار و در گیاهان مخفی است.

ب) اصل انتخاب طبیعی یا بقای اصلح: هنگامی که تحولات سودمندی در ارگانیسم پدید آمد، افراد واجد آن در تنازع بقا و دوام بخت بیشتری خواهند داشت و بر طبق قوانین توارث، در یک رده جانوری صرفاً آنهایی شانس بیشتری برای بقا دارند که بیشترین تطابق و سازگاری را داشته باشند.

پ) اصل قانون وراثت: هر اختلافی که در پدر و مادر به عنوان یک پدیده مادی رخ دهد، به عینه به فرزندان آنها انتقال می‌یابد و در طول زمان در نسل‌های آینده به صورت یک تغییر کلی و نوعی در می‌آید.

ت) قانون سازش با محیط: اعضای هر گونه‌ای از گیاهان و جانوران، تابع محیطی هستند که در آنجا زندگی می‌کنند، اگر تغییری در محیط زندگی آنها رخ دهد، لازم است برای ادامه زندگی، تغییراتی در سازمان رفتاری و حتی جسمی آنها پدید آید.

از دیدگاه علوم‌زیستی دو نوع رشد و نمو وجود دارد:

۱- **آنتوژنی (Ontogeny)** که از تشکیل سلول تا مرگ را دربرمی‌گیرد (رشدونمو یا پدیدایی فردی).

۲- **فیلوژنی (Phylogeny)** که در آن منشأ پیدایش گونه‌ها، تکامل گونه و چگونگی جدایی آن‌ها از یکدیگر هم مورد بررسی قرار می‌گیرد. تبارزایی (فیلوژنی) شاخه‌ای از زیست‌شناسی است که به مطالعه تاریخ نیایی یک جانور، یک گیاه یا یک ریزندامگان (میکروارگانیسم) می‌پردازد.

داروین حداقل در ۵ مورد نقش قابل‌توجهی در روان‌شناسی ایفا کرد.

۱- انسان‌ها خویشاوند تمام موجودات زنده‌اند، چون با آنها منشأ مشترک دارند. این دیدگاه سبب شده است که در یک راستا بودن کارکرد ذهن انسان و جانوران مورد پذیرش قرار گیرد. ۲- بر تفاوت‌های فردی تأکید کرد. ۳- به رفتار انسان از دیدگاه انطباق با محیط نگریست. ۴- بر اهمیت مشاهده علمی در جمع‌آوری داده‌ها تأکید کرد. ۵- داروین را پیشگام مطالعه علمی کودکان می‌دانند.

دوره بهنجاری

دوره بهنجاری دورانی است که به‌واسطه پژوهش‌های قدرتمندی مشخص شد چه رفتاری در چه سنی طبیعی و غیرطبیعی است. از آغازگران این دوران می‌توان به استانی هال و آرنولد گزل اشاره کرد.

جرج استانی هال (۱۸۴۶-۱۹۲۴) (Granville Stanley Hall): نخستین کسی بود که به مطالعه رفتار کودکان در مراحل مختلف حیات پرداخت. تلاش او آغازگر جنبش مطالعات هنجاری کودکان بود. وی تابع نظریه داروین بود. هال همچنین یکی از نخستین روان‌شناسانی است که به مطالعه دوران پیری علاقه‌مندی نشان داد و در سن ۷۸ سالگی، کتاب پیری، نیمه آخر عمر را منتشر کرد. او شش سال بعد، دانشگاه استنفورد، نخستین مرکز علمی ویژه مطالعه دوران پیری را تأسیس کرد.

آرنولد گزل (۱۸۸۰-۱۹۶۱) (Arnold Gesell): یکی از شاگردان هال بود او بخش بزرگی از کار خود را وقف مشاهده شیرخواران و کودکان و جمع‌آوری اطلاعات هنجاری درباره آنان کرد. او درباره مهارت‌های حرکتی، رفتار اجتماعی و صفات شخصیتی کتاب‌های متعددی نگاشت تا والدین آنچه باید در هر مرحله رشدی از کودک انتظار داشته باشند را بدانند. نظریه گزل جهت‌گیری زیست‌شناختی دارد که در آن رسش با میانجی‌گری ژن‌ها صورت می‌گیرد و عوامل زیست‌شناختی صفات روندهای رشد را تعیین می‌کنند. در رابطه با فرزندپروری به تبعیت از روسو به والدین توصیه کرد که نسبت به نشانه‌های فرزندان خود حساس باشند. گزل عقیده داشت که فرهنگ‌پذیری هرگز بر اهمیت اساسی رسش پیشی نمی‌گیرد. به رغم قائل شدن اساس ژنتیک برای تفاوت‌های فردی، گزل بسیاری از قواعد روندها و زنجیره‌ها را در نوع بشر همگانی می‌دانست. گزل را پدر روان‌شناسی کودکی و هال را پدر روان‌شناسی نوجوانی یا بلوغ می‌دانند.

هوش آزمایی: لویس ترمن - آلفرد بینه

آلفرد بینه و ویلیام هانری در سال ۱۸۹۶ مقاله‌ای در مجله روان‌شناسی منتشر کردند و در آن اکثر آزمون‌های موجود را که به نظر آن‌ها فقط اعمال بسیار ساده و پایین ذهن را اندازه می‌گرفتند مورد انتقاد قرار دادند. آن‌ها برای اندازه‌گیری استعداد‌های واقعی ذهن، آزمون‌هایی را پیشنهاد کردند که به رفتار زندگی واقعی نزدیک‌تر بود. به نظر آن‌ها چون در زمینه کنش‌های عالی ذهن، تفاوت‌ها آشکارتر از کنش‌های پایین است؛ بنابراین آزمون‌هایی که کنش‌های عالی را اندازه می‌گیرند، نیازی ندارند که از دقت و صراحت خارق‌العاده‌ای برخوردار شوند. همچنین آن‌ها کسانی را که خواسته بودند هوش را با روش‌های کاملاً غیرمنتظره اندازه بگیرند، به باد انتقاد گرفتند. اندازه‌گیری هوش از طریق تجلیات خارجی و رایج آن مهم‌ترین هدف مقیاس اندازه‌گیری هوش بینه است که در واقع اولین سری آزمون‌های روانی به معنای امروزی کلمه را تشکیل می‌دهد. این مقیاس که برای اولین بار در سال ۱۹۰۵ در فرانسه و برای شناسایی کودکان دیرآموز و عقب‌مانده ذهنی تدوین شده بود، منتشر شد و به رغم نقایصی که دارد، تاریخ شروع واقعی آزمون‌های روانی را نشان می‌دهد. آزمون استنفورد - بینه بر مبنای آزمون هوشی آلفرد بینه و تئودور سیمون در سال ۱۹۰۵ ساخته شد.

آزمون هوشی بینه - سیمون بر مبنای دو اصل «تعریف سن» و «مفهوم توانایی‌های کلی ذهنی» تدوین گردید. براساس اصل اول، بینه معتقد بود که توانایی‌های کلی ذهنی کودکان با افزایش سن رشد می‌کند. بنابراین، سؤال‌های آزمون هر سن را طوری ساخته بود که با سطح توانایی افراد آن سن هماهنگ باشد. ترمن، روان‌شناس آمریکایی در سال ۱۹۱۶ آزمون بینه را به انگلیسی ترجمه کرد و سپس به کمک دانشگاه استنفورد کالیفرنیا آن را در مورد کودکان آمریکایی استاندارد کرد. ترمن در این پژوهش اصول مورد نظر بینه را در ساختن آزمون حفظ کرد، اما محتوای آزمون را از نظر تعداد سؤال‌ها و دامنه سنی گسترش داد. ترمن برای نخستین بار مفهوم هوشبهر را که قبلاً ویلیام اشترن ارائه کرده بود را براساس فرمول «هوشبهر = سن عقلی تقسیم بر سن زمانی × ۱۰۰» مطرح کرد. این آزمون که ترمن آن را آزمون استنفورد - بینه نامید، این آزمون برای سنجش هوش کودکان ۲ ساله تا افراد بزرگسال تدوین شده است. آزمونی که در هر جلسه در مورد گروهی از افراد قابل اجراست، «آزمون گروهی» نامیده می‌شود. در آزمون‌های گروهی تعداد آزمون‌شوندگان بیش از ۲ نفر است و همه آنها همزمان به یک آزمون پاسخ می‌دهند. دو آزمون گروهی که بسیار مورد استفاده قرار می‌گیرند، عبارتند از: **آزمون توانایی ذهنی اوتیس - لنون و آزمون کالیفرنیا در زمینه بلوغ ذهنی.**

سنجش‌های گروهی وسیع، نخستین بار طی جنگ جهانی اول به وجود آمد و بیشتر به منظور انتخاب افراد ارتش و همچنین قرار دادن آنها در حرفه‌های مختلف نظامی به‌کار برده شد. **آلفا و بتای ارتش**، آزمون‌هایی بودند که در ارتش آمریکا مورد استفاده قرار می‌گرفتند. آزمون آلفا، یک آزمون کلامی بود که به منظور کارگماری عمومی تهیه شده بود. آزمون بتا، یک آزمون غیر کلامی بود.

بهبزبستی روانی: سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را نه تنها شامل فقدان بیماری، بلکه در برگیرنده رضامندی ذهنی، جسمی و اجتماعی می‌داند. این تعریف منجر به تغییر الگوی پزشکی (مبتنی بر بیماری‌ها) و ایجاد و گسترش یک الگوی سلامت عمومی شد. **بهبزبستی روانی (well-being)** به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی سلامت عمومی و رضایتمندی در خلال سه دهه گذشته توجه بسیاری از روان‌شناسان و محققان را به خود جلب کرده است. **بهبزبستی روانی** یک مفهوم متنوع چندبعدی است که در نتیجه ترکیب تنظیم هیجانی، ویژگی‌های شخصیتی، هویت و تجارب زندگی به‌وجود می‌آید. **بهبزبستی روانی** شامل احساس انسجام و پیوستگی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی است.

طبق دیدگاه ریف، **بهبزبستی روانی دارای شش مؤلفه به شرح زیر است:**

- ۱- احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی (خودمختاری) ۲- احساس رشد مستمر (رشد شخصی)
- ۳- توانایی فرد در مدیریت محیط (تسلط بر محیط) ۴- داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن (زندگی هدفمند)
- ۵- برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی (رابطه مثبت با دیگران) ۶- داشتن نگرش مثبت نسبت به خود (پذیرش خود)
- ۱- **خودمختاری:** خودمختاری به معنای تنظیم رفتار خود از طریق منبع کنترل درونی است.
- ۲- **رشد فردی:** رشد فردی، توانایی فرد برای پیشرفت و ارتقای خود به منظور مبدل شدن به یک انسان کامل، رسیدن به خودشکوفایی و نیل به اهداف است.
- ۳- **تسلط بر محیط:** تسلط بر محیط به معنای انتخاب و مدیریت اطراف از طریق فعالیت‌های فیزیکی یا ذهنی است.
- ۴- **هدفمندی در زندگی:** هدفمندی در زندگی به برنامه‌ریزی و رسیدن به اهداف اشاره دارد، که باعث قدردانی از زندگی (دانستن ارزش زندگی) می‌شود.
- ۵- **روابط مثبت با دیگران:** یک مؤلفه اساسی **بهبزبستی** به شمار می‌رود.
- ۶- **پذیرش خود:** پذیرش خود، ویژگی اصلی سلامت روان و یکی از مؤلفه‌های **بهبزبستی** روانی است.

روان‌شناسی رشد پس از دوران **بهنجاری**

پس از آنکه روان‌شناسی رشد به‌عنوان یک حوزه علمی و مستقل دارای جایگاه و اعتبار شد، نظریه‌پردازان مختلفی، تابع پارادایم یا مکتب فکری خود، ایده‌ها و فرضیات خود را در زمینه تحول مطرح کردند. پنج دیدگاه عمده در روان‌شناسی رشد که مبنای بسیاری از نظریه‌ها و پژوهش‌های تأثیرگذار در زمینه تحول انسان است، موارد زیر را شامل می‌شود:

- ۱- **روان‌تحلیل‌گری:** بررسی تأثیرات کشاننده‌های ناهشیار و هیجان‌ها، شامل: زیگموند فروید، آنا فروید، روابط ابژه (ملانی کلاین، رنه اشپیتز، مارگارت ماehler، برونو بتلهایم، دونالد وینی‌کات، جان بالبی و ...)، روان‌شناسی من (هاینز هارتمن، اریک اریکسون و ...)، ارنست شاختل، آلکسی لئون‌تی‌یف، رابرت سی‌یرز، جیمز مارسیا، ویلیام دایمون و دانیل هارت، جرج وایلان، دانیل لویسنون و ...
- ۲- **یادگیری و رفتارگرایی:** بررسی رفتارهای قابل مشاهده و نفی فرایندهای ذهنی، شامل: نظریه یادگیری اسکینر، نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (نظریه تعدیل‌یافته رفتارگرایی).
- ۳- **شناختی:** بررسی فرایندهای تفکر، شامل: ژان پیاژه، جروم برونر، لئو ویگوتسکی، یوری برون‌فن‌برنر، دیدگاه پردازش اطلاعات، دیدگاه نوبیاژه‌ای (فیشر، رابی کیس، وارنر شای و ...).
- ۴- **تکاملی / اجتماعی - زیستی:** مطالعه زیرساخت‌های تکاملی و زیست‌شناختی رفتار، شامل: استانی هال، آرنولد گزل، هانری والن، کردارشناسان.
- ۵- **بافتی:** بررسی تأثیرات بافت تاریخی، اجتماعی و فرهنگی، شامل: لئو ویگوتسکی، یوری برون‌فن‌برنر.

مباحث اساسی روان‌شناسی رشد

فلسفه رشد در گستره عمل شامل اجزای عمده زیر است:

۱- رشد چندبعدی و چندرشته‌ای و شامل سه بعد بدین شرح است: الف) رشد فیزیکی یا جسمانی ب) رشد شناختی پ) رشد روانی - اجتماعی

۲- رشد در تمام طول عمر ادامه می‌یابد.

شش اصل عمده دیدگاه عمر یا فراخنای زندگی بالتس:

۱- رشد دائمی است. ۲- در فرایند رشد و تحول هم پیشرفت وجود دارد و هم پسرفت. ۳- تأثیر نسبی عوامل زیستی و فرهنگی در فراخنای زندگی قابل تغییر است. ۴- رشد و تحول شامل تغییر در نحوه تخصیص منابع است (تمرکز انرژی از یک حوزه خاص به حوزه دیگر) ۵- رشد بسیار انعطاف‌پذیر و تغییرپذیر است. ۶- رشد و تحول متأثر از بافت تاریخی - فرهنگی است.

۳- رشد تحت تأثیر عوامل متعددی است که بر یکدیگر اثر می‌گذارند.

تأثیرات مربوط به سن: رویدادهایی که قویاً با سن ارتباط دارند و بنابراین می‌توان پیش‌بینی کرد که چه موقعی اتفاق می‌افتند و چه مدت ادامه دارند. تأثیرات مربوط به تاریخ: این تأثیرات توضیح می‌دهند، چرا افرادی که تقریباً در یک دوره به دنیا آمده‌اند و هم‌دوره نامیده می‌شوند شباهت‌هایی باهم دارند و آنها را از کسانی که در دوره‌های دیگر به دنیا آمده‌اند متمایز می‌کنند.

تأثیرات غیرهنجاری: رویدادهای غیرعادی هستند. آنها فقط برای یک یا چند نفر اتفاق می‌افتند و از جدول زمان‌بندی قابل پیش‌بینی تبعیت نمی‌کنند.

۴- ارث و محیط هر دو بر رشد تأثیر می‌گذارند.

مناقشات صورت گرفته بر سر فلسفه لاک و روسو به شکل‌گیری دو الگوی متعارض از رشد و تحول انجامیده است که عبارت‌اند از: مکانیستی و ارگانیسمی. دیدگاه مکانیستی با لاک آغاز می‌شود. در این الگو، افراد به مثابه ماشین‌هایی تلقی می‌شوند که به درون‌دادهای محیطی یا اطلاعات رسیده از محیط واکنش نشان می‌دهند. طبق این دیدگاه، آگاهی از اجزای ماشینی انسان و نیروهای درونی و بیرونی، رفتار را قابل پیش‌بینی می‌سازد. روسو نیز از پیشگامان الگوی ارگانیسمی است.

۵- رشد، بازتاب پیوستگی و ناپیوستگی است.

روان‌شناسانی که بر پیوستگی رشد (فرایند افزودن تدریجی مهارت‌های یکسانی که از همان آغاز وجود داشته) تأکید دارند، گرایش به آن دارند که بر تأثیر محیط و یادگیری اجتماعی اهمیت بیشتری بدهند. روان‌شناسانی که بر گسسته بودن رشد (فرایندی که به موجب آن روش‌های تازه و متفاوت درک کردن دنیا و پاسخ دادن به آن در زمان‌های خاصی پدیدار می‌شود) یا نظریه‌های مرحله‌ای رشد تأکید دارند نقش ارث و رشد در زنجیره نمو را مهم می‌دانند.

۶- رشد، جنبه انباشتی دارد.

مثلاً در نمونه‌های مرکب از سالمندان مقیم جامعه نشان داده شد که تجارب اولیه این افراد با والدینشان بر سلامتی آنان در دوره سالمندی تأثیر گذاشته بود.

۷- رشد، هم سلطه‌پذیر است هم فرا سوی سلطه‌ها.

سلطه اولیه به تلاش‌های فرد برای تغییر جهان خارج به گونه‌ای که با نیازها و خواسته‌هایش هماهنگ باشد مربوط می‌شود.

سلطه ثانویه برعکس سلطه اولیه، دنیای درونی فرد را نشانه می‌رود تا آن را با جهان خارج هماهنگ کند.

۸- رشد هم بازتاب ثبات است و هم دگرگونی. شواهدی بر ثبات شخصیت در عده‌ای و تغییر شخصیت در عده‌ای دیگر وجود دارد.

۹- رشد، تغییرپذیر است. نمو، ناموزون است. همه ابعاد شخصیت با سرعتی واحد رشد نمی‌یابند.

۱۰- رشد، گاه چرخه‌ای و گاه تکراری است.

در زندگی هر فرد ممکن است تکرارهایی رخ دهد: نوجوانی که بحران هویت را تجربه کرده است ممکن است بحران هویت دیگری را در میانسالی تجربه کند.

۱۱- رشد، یک دوره دارد یا چند دوره؟

۱۲- رشد، بازتاب تفاوت‌های فردی است. افراد مختلف از لحاظ زمان‌بندی و سرعت رشد با هم تفاوت‌هایی دارند.

۱۳- رشد، بازتاب تفاوت‌های جنسی است. تفاوت‌های فیزیکی بین دختران و پسران از موارد بسیار آشکار در رشد است.

۱۴- رشد، بازتاب تفاوت‌های فرهنگی و طبقاتی است.

۱۵- عوامل نافذ رشدی دو سوبه‌اند. کودکان نه فقط بر مراقبان و محیط تأثیر می‌گذارند بلکه از آنها تأثیر نیز می‌پذیرند.

📖 مثال ۲: عبارت «رشد و تحول چندبعدی و چندجهتی است که با هم در تعاملند»، به کدام اصل عمده رویکرد رشدی فراخنای زندگی اشاره دارد؟

(دکتری ۱۴۰۳)

۲) رشد و تحول، فرایندی مادام‌العمر است.

۱) رشد و تحول، تغییرپذیر است.

۴) در فرایند رشد و تحول، هم پیشرفت و هم پسرفت وجود دارد.

۳) رشد و تحول، شامل تغییر در نحوه تخصیص منابع است.

☑ پاسخ: گزینه «۴» طبق ایده بالتس، در فرایند رشد و تحول هم پیشرفت وجود دارد و هم پسرفت. رشد و تحول، چندبعدی و چندجهتی است و ابعاد متعدد زیستی، اجتماعی و روان‌شناختی دارد.

روش تحقیق در روان‌شناسی رشد



الف) روش علمی: رشته‌ای از مراحل که به منظور دستیابی به داده‌های صحیح به کار می‌رود. این مراحل در شکل مقابل نمایش داده شده‌اند.

فنون اصلی جمع‌آوری داده‌ها

فنون اصلی جمع‌آوری داده‌ها شامل این موارد است: مشاهده طبیعی، مصاحبه، پرسشنامه، مورد پژوهی، آزمون معیارشده.

- ۱- مشاهده طبیعی: پژوهشی که در محیط طبیعی از طریق تماشا و ثبت رفتار اجرا می‌شود.
- ۲- مصاحبه: روش پژوهشی که به شکل رودررو بین مصاحبه‌گر و آزمودنی اجرا و در طی آن اطلاعات از طریق ثبت پاسخ‌های داده شده به پرسش‌ها گردآوری می‌شود.

۳- پرسشنامه: روش پژوهشی که در آن آزمودنی به پرسش‌های نوشتاری پاسخ نوشتاری می‌دهد.

۴- مورد پژوهی: بررسی افراد به طور انفرادی، نوعی روش پژوهشی شامل بررسی عمیق و طولی آزمودنی‌ها و ثبت اطلاعات به‌دست آمده است.

۵- آزمون: ابزارهای پژوهشی که برای اندازه‌گیری خصوصیات ویژه از قبیل: هوش، استعداد، پیشرفت، رغبت‌های شغلی، صفات شخصیتی و نظایر آنها به کار می‌رود. ب) روش تجربی (آزمایشی): روشی برای جمع‌آوری داده‌های علمی که در آن روش‌های اجرا دقیقاً کنترل می‌شوند. آزمایشگر با دستکاری متغیرها پی می‌برد که کدام یک بر دیگری تأثیر می‌گذارد.

متغیر مستقل: در یک آزمایش عاملی که توسط آزمایشگر دستکاری یا کنترل می‌شود تا تأثیر آن بر رفتار آزمودنی تعیین شود.

متغیر وابسته: در آزمایش عاملی است که تحت تأثیر متغیر مستقل یا دستکاری شده قرار می‌گیرد.

ب) مطالعات همبستگی: رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته را نشان می‌دهد.

ت) کوهورت: پژوهش هم‌گروهی از آزمودنی‌ها که در دوره زمانی واحدی زاده شده‌اند.

طرح پژوهش

دو راهبرد پژوهشی که در مطالعه رشد و تحول بیشترین کاربرد را دارند عبارت‌اند از: مطالعات طولی و مقطعی. مطالعات طولی نشان می‌دهند که آیا افراد به موازات افزایش سن تغییر می‌کنند یا نه و اگر تغییر می‌کنند این تغییر به چه صورتی است. مطالعات مقطعی شباهت‌ها و تفاوت‌های میان گروه‌های سنی مختلف را نشان می‌دهند. از آنجا که هریک از این روش‌ها معایبی دارند پژوهشگران طرح‌های زنجیره‌ای را نیز تدوین کرده‌اند. همچنین برای مشاهده مستقیم تغییرات، می‌توان از مطالعه میکروژنتیک استفاده کرد.

اخلاق در پژوهش

معیارهای اخلاقی حاکم بر پژوهش بر دو اصل بنیادی تأکید دارد: ۱- رضایت آگاهانه و ۲- محافظت از آسیب.

(سراسری ۱۴۰۱)

کج مثال ۳: کدام مکتب، بیشترین پیوند را با اندیشه‌های جان لاک دارد؟

(۴) پدیدارشناسی

(۳) تداعی‌نگری

(۲) ساخت‌گرایی

(۱) انسان‌گرایی

پاسخ: گزینه «۳» جان لاک متعلق به دیدگاه تجربی‌نگری است که ادامه همان تفکرات ارسطو را پیگیری می‌کند. یکی از مکاتب برآمده از تجربی‌نگری، تداعی‌نگری است که اوج آن را در آرای دیوید هیوم می‌بینیم. تداعی‌نگری می‌گوید که هر تجربه تداعی‌کننده یک شرایط خاص است. مثلاً یک میوه تداعی‌کننده شیرینی یا ترشی خاصی است. بعدها تابع همین ایده قواعد شرطی نیز معرفی شد.

(سراسری ۱۴۰۲)

کج مثال ۴: فلسفه ژان ژاک روسو، زمینه‌ساز شکل‌گیری کدام الگوی رشدی است؟

(۴) روان‌تحلیل‌گری

(۳) بوم‌شناختی

(۲) ارگانیسمی

(۱) مکانیستی

پاسخ: گزینه «۲» دو دیدگاه غالب فلسفی در مورد رشد کودک، دیدگاه مکانیستی و ارگانیسمی هستند. دیدگاه مکانیستی انعکاسی از نظریات تجربی‌گرایان و رفتارگرایان بعدی است که محیط و محرک را عامل بروز رفتار می‌دانند ($S \rightarrow R$). اینجا تجربه تعیین‌کننده نهایی رفتار است و عوامل درونی، تفکر و تحلیل نقشی در بروز رفتار ندارند. از سوی دیگر دیدگاه ارگانیسمی، نظریات فطری‌نگری روسو (طبیعت‌گرایی) را منعکس می‌کند و این باور را نشان می‌دهد که رفتار کودک تابع اطلاعات سرشتی است که سیر و نوع رفتار آن از قبل تعیین شده است.

روان شناسی بالینی

**فصل اول: «روانشناسی بالینی»****حوزه‌های فعالیت روان‌شناسی بالینی**

روانشناسی بالینی با فعالیت‌های بی‌نظیر روان‌درمانی، بیشترین وقت روان‌شناسان بالینی را به خود اختصاص داده است و تشخیص و سنجش جزو وظایف اصلی روان‌شناسی بالینی است. چون روان‌شناسی بالینی با مشکلات افراد سروکار دارد، بیشتر بر تفاوت‌های فردی متمرکز است تا بر شباهت‌ها، به این رویکرد فردنگر می‌گویند. در مقابل، روان‌شناس محقق (یا رویکرد قانون‌نگر) توجه کمتری به تفاوت‌های فردی دارد و هدفش درک اصول کلی رفتار براساس مشاهده مردم است.

در مفهوم روان‌شناسی بالینی می‌توان دو جنبه را از هم متمایز ساخت؛ یکی بررسی وضع فردی و دیگری تشخیص و درمان ناسازگاری. هدف روان‌شناسی بالینی شناخت **موجودیت فردی** است. اصطلاح روان‌شناسی بالینی نخستین بار توسط ویتمر به کار برده شد. ویتمر را پدر روان‌شناسی بالینی می‌دانند.

تخصص‌های روان‌شناسی بالینی

تخصص‌های روان‌شناسی بالینی عبارت‌اند از:

- ۱- روان‌شناسی اجتماع‌نگر، ۲- سلامت و طب رفتاری، ۳- عصب‌شناختی، ۴- قانونی و ۵- روان‌شناسی بالینی کودک.
 - ۱- در روان‌شناسی اجتماع‌نگر هدف پیشگیری است.
- پیشگیری شامل سه مرحله است که عبارت‌اند از:**

- اولیه: مقابله با شرایط مضر و خطرناک، پیش از آنکه فرصت ایجاد بیماری پیدا شود.
- ثانویه: تشخیص زودرس، اجرای به موقع درمان و پیگیری مرتب از نظر درمانی.
- ثالثیه: کاهش مدت و تأثیرات منفی اختلالات روانی پس از بروز آن.
- ۲- روان‌شناسی سلامت: هدف پیشبرد و حفظ سلامتی افراد.
- ۳- روان‌شناسی عصب‌شناختی: عبارت است از بررسی رابطه مغز و رفتار.
- ۴- روان‌شناسی قانونی: استفاده از علم روان‌شناسی برای حل مشکلات قضات، وکلا و مأموران انتظامی.
- ۵- روان‌شناسی بالینی کودک: کار بر روی آسیب‌های روانی کودکان و نوجوانان و نشانه‌های آن.



فصل دوم: «تاریخچه روان‌شناسی بالینی»



مهم‌ترین رخدادهای تاریخی تشخیص و سنجش عبارت است از:

- گالتون، آزمایشگاه انسان‌سنجی؛
- کتل، اصطلاح آزمون‌های روانی؛
- بینه، کار بر روی مقیاس هوشی؛
- یونگ، در حوزه شخصیت‌آزمایی از روش تداعی کلمات؛
- بینه و سیمون، ابداع آزمون هوش؛
- کراپلین، دسته‌بندی بیماری بر دو نوع عوامل درون‌زاد و برون‌زاد؛
- رورشاخ، کار بر روی لکه جوهر؛
- مورگان و موری، آزمون اندریافت موضوع؛
- بندر، آزمون بندر گشتالت؛
- هالستید، مجموعه آزمون‌های عصبی - روان‌شناختی؛
- ویتمر، اصطلاح کلینیک روان‌شناختی و تأسیس اولین درمانگاه روان‌شناسی؛
- شارکو، کار بر روی بیماران هیستریک و تدوین روش خواب‌انگیزی (هیپنوتیزم)؛
- واتسون و رینر، شرطی‌سازی ترس‌ها؛
- مورنو، تدوین مفهوم گروه‌درمانی و بازی‌درمانی؛
- پرلز، گشتالت درمانی؛
- راجرز، درمان مراجع‌محور؛
- الیس، درمان عقلانی - هیجانی؛
- اسکیز، اصطلاح رفتاردرمانی؛
- آیزنک، کتاب انتقاد از روان‌درمانی؛
- ویلهلم وونت، اولین آزمایشگاه روان‌شناسی، با رویکرد ساخت‌گرایی یا روان‌شناسی محتوایی با هدف مطالعه ذهن.

مدل‌های آموزش در روان‌شناسی بالینی

۱- **مدل دانشمند - متخصص:** مدلی است که در آن هم بر دانشمند و پژوهشگر بودن و هم بر متخصص بالینی بودن، تأکید می‌شود. این مدل، مدل آموزشی غالب در روان‌شناسی بالینی فعلی می‌باشد.

۲- **مدل دانشمند بالینی:** این مدل فقط بر تحقیق و پژوهش متمرکز است و بیانیه آن‌ها این است که دانشمندان بالینی کسانی هستند که در تمامی زمینه‌ها و در زندگی حرفه‌ای خود همچون یک دانشمند فکر و رفتار می‌کند.

(سراسری ۱۴۰۳)

که مثال: رایج‌ترین روش برای مطالعه ذهن، کدام است؟

(۴) کارکردگرایی

(۳) ساختارگرایی

(۲) روان‌تحلیلی

(۱) رفتارگرایی

پاسخ: گزینه «۳» ساخت‌گرایی یا روان‌شناسی محتوایی (Psychology content) با تأسیس آزمایشگاه روان‌شناسی تجربی به‌وسیله ویلهلم وونت، به‌عنوان نخستین مکتب روان‌شناختی مطرح گردید. طرفداران ساخت‌گرایی، اعتقاد دارند که پدیده‌های روانی از اجزایی تشکیل شده‌اند و نقش روان‌شناسی کشف این اجزا می‌باشد و به‌وسیله آن می‌توان به ماهیت پدیده‌های روانی رسید. از این رو عده‌ای این مکتب را مکتب «شیمی ذهن» نیز نامیده‌اند. از جمله مفاهیمی که ساخت‌گرایان، بحث قابل ملاحظه‌ای در مورد آن کرده‌اند می‌توان به مفاهیمی همچون توجه، ادراک، تداعی، هیجان و مسئله ذهن اشاره کرد.

روان شناسی عمومی

**فصل اول: ماهیت روانشناسی»**

روانشناسی: بررسی علمی رفتار و فرایندهای ذهنی است.

خاستگاه‌های تاریخی روانشناسی

خاستگاه‌های تاریخی روانشناسی را می‌توان تا فلاسفه بزرگ یونان باستان پی گرفت. مشهورترین آنان سقراط، افلاطون و ارسطو بودند. فطری‌نگری در برابر تجربه‌گرایی: در دیدگاه فطری‌نگری گفته می‌شود که آدمیان با گنجینه‌ای از دانش و توان و فهم زاده می‌شوند. دکارت بدن آدمی را ماشینی می‌دانست که مثل هر ماشین دیگری قابل بررسی است. این دیدگاه سرآغاز رویکردهای پردازش اطلاعات است. دیدگاه تجربه‌گرایی بر آن است که دانش از طریق تجربه‌ها و تعامل‌های آدمی با جهان کسب می‌شود. این دیدگاه بیشتر با نام جان لاک پیوند خورده است. لاک معتقد بود ذهن آدمی همانند لوح نانوشته است. این دیدگاه سرآغاز پیدایش روانشناسی تداعی‌گرا بود. تداعی‌گراها وجود اندیشه‌ها و توانایی‌های فطری را قبول نداشتند بلکه در عوض برآن بودند که ذهن انباشته از اندیشه‌هایی است که از طریق حواس به آن راه می‌یابند. مناقشه میان فطری‌نگری و تجربه‌گرایی امروزه تحت عنوان مناقشه طبیعت و تربیت ادامه دارد.

آغاز روان‌شناسی علمی

آغاز روانشناسی علمی را معمولاً مقارن با تأسیس نخستین آزمایشگاه روانشناسی توسط ویلهلم وونت در دانشگاه لایپزیک آلمان به سال ۱۸۷۹ می‌دانند. خاستگاه تأسیس آزمایشگاه وونت بر این باور بود که ذهن و رفتار را نیز مانند سیاره‌ها و مواد شیمیایی یا اندام‌های بدن می‌توان با روش‌های علمی بررسی و تحلیل کرد. وونت به درون‌نگری به عنوان روشی برای بررسی فرایندهای ذهنی اعتماد و تکیه می‌کرد. درون‌نگری یعنی مشاهده و ثبت ماهیت ادراک‌ها، اندیشه‌ها و احساس‌های شخص توسط خودش.

ساخت‌گرایی و کارکردگرایی

تیچنر بنیانگذار ساخت‌گرایی بود. به ساخت‌گرایی شیمی ذهنی هم گفته می‌شد. منظور تیچنر از ساخت‌گرایی تحلیل ساختارهای ذهنی بود. رویکرد جیمز، کارکردگرایی نامیده می‌شد. مراد از کارکردگرایی بررسی این مطلب است که ذهن چگونه کار می‌کند که جاندار موفق به انطباق و سازگاری با محیط و عمل در آن می‌شود. کارکردگراها و ساخت‌گرایان هر دو روانشناسی را دانش تجربه‌هشیار به شمار می‌آوردند. رفتارگرایی: واتسون معتقد بود که تقریباً همه رفتارها حاصل شرطی‌شدن است و محیط از راه تقویت عادت‌های خاص، رفتار را شکل می‌دهد. در این دیدگاه پاسخ شرطی کوچک‌ترین واحد رفتار محسوب می‌شود. پایه‌گذار رفتارگرایی واتسون است. روانشناسی گشتالت: گشتالت واژه آلمانی است به معنای شکل یا شکل‌بندی که به رویکرد ورتایمر، کافکا و کهلر اطلاق می‌شود. گشتالت به مبحث ادراک توجه داشت. در این نظریه کل تابع روابط اجزا است. روانکاوی: این مکتب را فروید در قرن بیستم بنا نهاد. هسته اصلی نظریه او ناهشیار بود. فروید در کار خود از روش تداعی آزاد استفاده می‌کرد. بسیاری از امیال ناپذیرفتنی وارد ناهشیار می‌شوند.

کج مثال ۱: واتسون بنیانگذار کدام رویکرد است؟

- (۱) رفتارگرایی (۲) گشتالت (۳) روانکاوی (۴) انسان‌گرا

پاسخ: گزینه «۱» واتسون بنیانگذار رویکرد رفتارگرایی بود.

کج مثال ۲: در کدام رویکرد تأکید بیشتری بر انطباق و سازگاری فرد با محیط شده است؟

- (۱) کارکردگرایی (۲) ساخت‌گرایی (۳) روانکاوی (۴) گشتالت

پاسخ: گزینه «۱» مراد از کارکردگرایی بررسی این مطلب است که ذهن چگونه کار می‌کند که جاندار موفق به انطباق و سازگاری با محیط و عمل در

آن می‌شود.

کلمه مثال ۳: کدام دیدگاه را می‌توان سرآغاز پیدایش روانشناختی تداعی‌گرا دانست؟ (سراسری ۱۴۰۲)

(۱) گشتالت (۲) تجربه‌گرایی (۳) ساخت‌گرایی (۴) کارکردگرایی

پاسخ: گزینه «۲» آغازگر دیدگاه تجربه‌گرایی یعنی جان لاک بر آن است که دانش از طریق تجربه‌ها و تعامل‌های آدمی با جهان بیرونی کسب می‌شود. او معتقد بود که ذهن انسان در بدو تولد همچون لوح نانوخته‌ای است که تجربه‌های مختلف در جریان رشد او، دانش و فهم را روی آن ثبت می‌کنند. این دیدگاه سرآغاز پیدایش روانشناسی تداعی‌گرا بود، جنبشی که بیان می‌داشت ذهن از اندیشه‌هایی انباشته می‌شود که از طریق حواس به آن راه می‌یابند و طبق اصولی از قبیل مشابهت و تضاد به هم پیوند می‌یابند.

رویکرد زیست‌شناختی

در رویکرد زیست‌شناختی برای شناخت آدمی و دیگر جانداران، پیوند رفتار آشکار با رویدادهای برقی و شیمیایی درونی به بررسی درمی‌آید. این رویکرد در پی شناخت فرایندهای زیستی - عصبی زیربنای رفتار و فرایندهای ذهنی است. در این دیدگاه یادزدودگی کودکی ممکن است به علت رشد نیافتگی هیپوکامپ باشد.

رویکرد شناختی: این رویکرد واکنشی نسبت به رویکرد رفتارگرایی است.

شناخت‌گرایی نوین دو مؤلفه اصلی دارد: ۱- تنها از طریق بررسی ذهنی می‌توان فهمید جانداران چگونه رفتار می‌کنند، ۲- برای بررسی فرایندهای ذهنی می‌توان از راه تمرکز بر رفتارهای معین، راه و روش عینی در پیش گرفت.

رویکرد پدیدارشناختی: روانشناسان انسان‌گرا از این رویکرد پشتیبانی می‌کنند.

آنها بر خصوصیات منحصره‌فرد انسان‌ها تأکید می‌کنند. طبق نظریه‌های انسان‌گرا نیروی انگیزش اصلی هر فرد گرایش به رشد و خودشکوفایی است. روانشناسان پدیدارشناخت بیشتر به بررسی شخصیت پرداخته‌اند.

پیوند رویکردهای روانشناختی با رویکردهای زیست‌شناختی: منظور از کاهش‌گری، کاهش دادن مفاهیم روانشناختی به مفاهیم زیست‌شناختی است.

کلمه مثال ۴: در کدام دیدگاه روان‌شناختی، توجه به تجربه خصوصی افراد نسبت به خود، جهان و رویدادها، مهم تلقی می‌شود؟ (سراسری ۱۴۰۳)

(۱) پدیدارشناختی (۲) شناخت‌گرایی (۳) رفتارگرایی (۴) گشتالتی

پاسخ: گزینه «۱» در روش پدیدارشناسی، پدیده‌ها به همان شکلی که افراد در موقعیتی خاص آن را درک می‌کنند و می‌بینند، شناسایی می‌شوند. از دیدگاه این مکتب جهان خارج ساخته و پرداخته آگاهی ما انسان‌هاست. درواقع، انسان نمی‌تواند ماهیت اشیا و امور را بشناسد، فقط می‌تواند نمود آنها را به صورت یک پدیده درک کند. بنابراین در این رویکرد روانشناختی به تجربه شخصی افراد اهمیت ویژه‌ای می‌دهند.

پژوهش در روانشناسی: فرضیه، نخستین گام در هر طرح پژوهشی است. مهم‌ترین منبع فرضیه علمی، نظریه علمی است.

نیرومندترین روش علمی، آزمایش است. متغیر مستقل، متغیری است که آن را دستکاری می‌کنیم و متغیر وابسته آزمایشگر آن را مشاهده می‌کند.

به فرایندی که در آن به متغیرها عدد اختصاص داده می‌شود، اندازه‌گیری گفته می‌شود. رایج‌ترین شاخص آماری میانگین است.

در روش همبستگی اگر رابطه مثبت باشد به این معنی است که هر دو ارزش متغیر باهم بالا یا پایین می‌روند، اما اگر منفی باشد با بالا رفتن یکی، آن دیگری پایین می‌آید. در روش زمینه‌یابی از مصاحبه و پرسشنامه استفاده می‌شود.

انواع روایی:

(الف) **روایی صوری:** مواد از نظر فرم و ظاهر همان چیزی را که می‌گویند می‌سنجد.

(ب) **روایی محتوا:** آیا ماده‌های آزمون تمامی جنبه‌های متغیر یا سازه موردنظر را می‌سنجند؟

(پ) **روایی پیش‌بین و همزمان:** این روایی نشان می‌دهد که با نمرات آزمون تا چه حد می‌توان رفتار آزمودنی را در آینده پیش‌بینی کرد.

(ت) **روایی همگرا و واگرا:** واگرا یعنی اینکه آیا این مقیاس قادر است تا با آزمون‌ها و علائمی که عکس آن هستند ارتباط برقرار کند، همگرا یعنی اینکه آیا نتایج این آزمون با نتایج آزمون‌هایی که در همان حیطه هستند مشابه است؟

(ث) **روایی افتراقی:** منظور این است که آیا آزمون می‌تواند افراد را برحسب داشتن یا نداشتن نشانه‌ها از هم متمایز کند؟

(ج) **روایی سازه:** آیا آزمون به درستی متغیرها یا سازه‌های ذی‌ربط را اندازه می‌گیرد؟

(چ) **روایی مفهومی:** منظور توانایی متخصص بالینی در ساختن فرضیه‌ها، آزمودن فرضیه‌ها و ترکیب داده‌های حاصل از آزمودن فرضیه‌ها برای ترسیم تصویری یکپارچه و جامع از آزمودنی است.

رویکردهای میان‌رشته‌ای

علم عصب‌نگر شناختی: در علم عصب‌نگر شناختی، متخصصان سعی می‌کنند دریابند فعالیت‌های ذهنی چگونه در مغز صورت می‌گیرند.

روانشناسی تکاملی: در این رویکرد علاوه بر روانشناسی و زیست‌شناسی در این رویکرد، رشته‌های مردم‌شناسی و روانپزشکی نیز درگیر می‌شوند.

روانشناسی تکاملی با خاستگاه‌های زیستی سازوکارهای روانشناختی مربوط به شناخت سروکار دارد.

علم شناخت‌نگر: علم شناخت‌نگر به حوزه‌هایی از پژوهش‌های روانشناسی اطلاق می‌شود که: الف) با فرایندهای شناختی نظیر ادراک، استدلال، و حل مسئله سروکار دارند و ب) با رشته‌های دیگری که به فرایندهای مزبور می‌پردازند، نظیر علوم کامپیوتر همپوشی دارند.

مفهوم بنیادی در علم شناخت‌نگر این است که دستگاه شناختی انسان را زمانی می‌توان به درستی شناخت که آن را به صورت کامپیوتر بسیار عظیمی در حال تجزیه و تحلیل‌های پیچیده در نظر آوریم.

روانشناسی فرهنگی: سروکار روانشناسی فرهنگی‌نگر با تأثیراتی است که فرهنگ بومی هر شخص یعنی سنت‌ها، زبان‌ها و جهان‌بینی آن فرهنگ بر بازنمایی‌های ذهنی و فرایندهای روانی او دارد.

ملاحظات اخلاقی در پژوهش‌های روانشناسی: نخستین اصل حاکم بر رفتار اخلاقی با آدمیان مورد آزمایش، اصل کمترین احتمال خطر است. دومین اصل حاکم بر رفتار اخلاقی با آدمیان در آزمایش‌ها، اصل رضایت آگاهانه است. سومین اصل اخلاقی در پژوهش‌ها، رعایت حریم خصوصی آزمودنی‌هاست.

رشته‌های تخصصی روانشناسی

روانشناسی زیست‌شناختی: روانشناسان زیست‌شناختی، روانشناسان فیزیولوژیک‌نگر هم‌نمیده می‌شوند و سعی دارند رابطه فرایندهای زیست‌شناختی را با رفتار کشف کنند.

روانشناسی آزمایشی: این حوزه قلمرو فعالیت روانشناسان رفتارگرا و شناخت‌گرا است.

اینان با استفاده از روش آزمایشی، نحوه واکنش به محرک حسی، ادراک جهان، یادگیری و به خاطر سپردن، استدلال و پاسخ‌دهی هیجانی را در آدمیان بررسی می‌کنند.

روانشناسی رشد، روان‌شناسی اجتماعی و روان‌شناسی شخصیت

همپوشی زیادی بین سه حوزه روانشناسی رشد، اجتماعی و شخصیت وجود دارد. روانشناسان رشد با رشد آدمی و عواملی که رفتار را از بدو تولد تا دوران پیری شکل می‌دهند سروکار دارند. روانشناسان اجتماعی به نحوه درک و تفسیر مردم از محیط اجتماعی خود، و نحوه تأثیر دیگران بر باورها، نگرش‌ها و رفتار هر شخص بیشتر توجه دارند. روانشناسان شخصیت به بررسی افکار، هیجانات و رفتارهایی می‌پردازند که سبک تعامل خاص هر شخص با جهان را تعیین می‌کنند.

روانشناسی بالینی و مشاوره: این متخصصان سروکارشان با کاربرد اصول روانشناختی در امر تشخیص و درمان اختلالات هیجانی و رفتاری از قبیل بیماری روانی، اعتیاد دارویی، و تعارض‌های زناشویی و خانوادگی است. روانشناسان مشاوره معمولاً سروکارشان با اختلالات خفیف‌تر است.

روانشناسی آموزشگاهی و تربیتی: روانشناسان آموزشگاهی در زمینه ارزیابی اختلالات یادگیری و هیجانی با کودک کار می‌کنند.

روانشناسی صنعتی و مهندسی: روانشناسی صنعتی گاهی اوقات روانشناسی سازمانی هم نامیده می‌شود.

این روانشناسان با مسائلی از قبیل گزینش افراد مناسب برای مشاغل مختلف و تدوین برنامه‌های آموزش شغلی سروکار دارند.

روانشناسان مهندسی گاهی مهندس عوامل انسانی هم نامیده می‌شوند.

روان‌شناسی فیزیولوژیک

انگیزش و هیجان



فصل اول: «تعریف روان‌شناسی فیزیولوژیک»

روان‌شناسی فیزیولوژیک (Psychophysiology) شاخه‌ای از روان‌شناسی تجربی است که به بررسی چگونگی تأثیر ساختارها و عملکردهای زیستی بدن (به‌ویژه مغز، نخاع، غدد و نوروترنسمیترها) بر رفتار، هیجان، ادراک، یادگیری و سایر فرایندهای ذهنی و روانی می‌پردازد.

روان‌شناسی فیزیولوژیک، رشته‌ای است که بر پایه این اصل بنا شده که برای درک رفتار انسان، باید ساختار و عملکرد سیستم عصبی و زیستی او را شناخت. این شاخه از روان‌شناسی به بررسی پرسش‌هایی مانند نحوه پردازش اطلاعات حسی توسط نورون‌ها، تغییرات مغزی در هنگام خواب یا تجربه هیجان، تأثیر غدد درون‌ریز و هورمون‌ها بر رفتار، نقش مغز در حافظه و یادگیری، و جایگاه پردازش زبان و هیجان در مغز می‌پردازد. در واقع، روان‌شناسی فیزیولوژیک نوعی نگاه زیستی به رفتار دارد و با بهره‌گیری از روش‌های آزمایشی، تصویربرداری مغزی و مطالعه آسیب‌های مغزی، تلاش می‌کند سازوکارهای زیربنایی رفتار را روشن سازد.

نکته: رویکردهای نظری در این حوزه شامل دیدگاه‌های تکاملی (بررسی ریشه‌های رفتاری از منظر بقای گونه)، زیست‌شناختی (تمرکز بر ساختارها و فرایندهای درونی بدن)، عصب‌روان‌شناختی (تأکید بر عملکرد مغز) و تحلیلی است. یکی از مفروضات کلیدی روان‌شناسی فیزیولوژیک این است که رفتار انسان از مغز نشئت می‌گیرد و مطالعه آن بدون شناخت سازوکارهای زیستی ناقص خواهد بود.

فنون مورد استفاده در پژوهش‌های روان‌شناسی فیزیولوژیک

روان‌شناسان فیزیولوژیک برای شناخت کارکرد مغز و بدن از مجموعه‌ای از روش‌ها و ابزارهای علمی استفاده می‌کنند که شامل موارد زیر است:

الف) ثبت فعالیت مغزی و عصبی

– **الکتروانسفالوگرافی (EEG):** این روش با استفاده از الکترودهایی که روی پوست سر قرار می‌گیرند، فعالیت الکتریکی کلی مغز را ثبت می‌کند. الکتروانسفالوگرافی به دلیل دقت زمانی بسیار بالا، قادر است تغییرات سریع در فعالیت مغزی را به خوبی نشان دهد، بنابراین برای مطالعه فرایندهایی مانند خواب و بیداری، تشنج، و حالات توجه و هوشیاری بسیار کاربردی است. اما محدودیت این روش، دقت مکانی پایین آن است.

– **پتانسیل‌های وابسته به رویداد (ERP):** نوعی تحلیل دقیق‌تر EEG است که به ثبت پاسخ مغز به محرک‌های خاص می‌پردازد، مثل شنیدن صدای ناگهانی یا دیدن یک تصویر خاص. این روش کمک می‌کند تا بتوان مراحل پردازش اطلاعات حسی و شناختی را به صورت زمانی ردیابی کرد و درک کرد مغز چگونه به رویدادهای محیطی واکنش نشان می‌دهد.

ب) تصویربرداری مغزی

– **تصویربرداری تشدید مغناطیسی عملکردی (fMRI):** براساس تغییرات جریان خون در نواحی فعال مغز کار می‌کند. وقتی یک ناحیه مغزی فعالیت بیشتری داشته باشد، خون‌رسانی به آنجا افزایش می‌یابد. fMRI این تغییرات را با دقت مکانی بالا ثبت می‌کند و به محققان امکان می‌دهد تا هنگام انجام کارهای مختلف، مناطقی که فعال می‌شوند را شناسایی کنند. این روش معمولاً در مطالعات مربوط به ادراک، حافظه، هیجان و زبان کاربرد دارد.

ک) مثال: با استفاده از fMRI، کدام جلوه انگیزش بررسی می‌شود؟

۱) بازداری مغزی ۲) فعال‌سازی مغزی ۳) برش‌برداری مغزی ۴) هوشبری مغزی

پاسخ: گزینه «۲» fMRI یک روش نوین در بررسی بخش‌های مختلف مغز به هنگام انجام تکالیف مختلف است. این روش به این‌گونه است که میزان اکسیژن بخش‌های مختلف مغز را بررسی می‌کند و بخش‌هایی که میزان بیشتری از اکسیژن را به هنگام اجرای تکالیف طلب می‌کنند، نقش بیشتری در اجرای آن تکالیف دارند. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این روش عصب‌شناختی برانگیختگی و فعال‌سازی مغز را بررسی می‌کند.

– **توموگرافی با نشر پوزیترون (PET Scan):** از مواد رادیواکتیو استفاده می‌شود که به بدن تزریق شده و در مغز متابولیزه می‌شوند. با مشاهده مصرف این مواد (مثلاً گلوکز)، فعالیت متابولیک نواحی مختلف مغز اندازه‌گیری می‌شود. PET برای تشخیص بیماری‌های عصبی مثل آلزایمر، پارکینسون یا اسکیزوفرنی به کار می‌رود. این روش دقت مکانی بالایی دارد اما دقت زمانی آن کمتر از fMRI است.

پ) تحریک مغزی

– **تحریک الکتریکی مغز:** این روش بیشتر در مطالعات حیوانی کاربرد دارد و شامل وارد کردن جریان الکتریکی کنترل‌شده به نواحی مشخصی از مغز می‌شود. با تحریک این مناطق، می‌توان نقش آن‌ها را در رفتار و احساسات مشخص کرد.

– **تحریک مغناطیسی مغز (TMS):** روشی غیرتهاجمی است که با استفاده از میدان‌های مغناطیسی قوی، بخش‌های خاصی از مغز را تحریک می‌کند. این روش در انسان به کار می‌رود و می‌تواند به طور موقت عملکرد ناحیه‌ای از مغز را کاهش یا افزایش دهد. TMS در مطالعات تحقیقاتی و همچنین درمان برخی اختلالات روانی مانند افسردگی استفاده می‌شود.

ت) **آسیب مغزی تجربی:** این روش بر تخریب عمدی نواحی مشخصی از مغز در حیوانات آزمایشگاهی تکیه دارد تا تأثیر آن بر رفتار و عملکردهای مختلف بررسی شود. برای نمونه، با از بین بردن بخشی از هیپوکامپ، می‌توان تأثیر آن بر حافظه را مطالعه کرد.

ث) **ثبت فعالیت نورونی با میکروالکترودها:** در این تکنیک، الکترودهای بسیار ریز (میکروالکترودها) به درون مغز حیوانات کاشته می‌شوند تا فعالیت الکتریکی تک‌نورون‌ها یا گروه‌های کوچک نورونی ثبت شود. این روش دقت بسیار بالایی در زمان و مکان دارد و کمک می‌کند که پردازش‌های دقیق اطلاعات حسی، حرکتی و شناختی در سطح نورونی بررسی شود. این روش اساس تحقیقات پایه علوم اعصاب را تشکیل می‌دهد و برای مطالعه عملکردهای پیچیده مغزی بسیار حیاتی است.



فصل بیست و یکم: «نظریه اسنادی»

مقدمه‌ای بر نظریه‌های اسنادی

اسناد به فرایند نسبت دادن علت به رفتارها، رویدادها یا پیامدها گفته می‌شود. وقتی فردی با موفقیت یا شکست، رفتار دیگران یا حوادث زندگی مواجه می‌شود، به‌طور طبیعی می‌کوشد بفهمد «چرا» این اتفاق افتاده است. این تلاش برای کشف علت‌ها، به شکل اسنادهای ذهنی خود را نشان می‌دهد. اسنادها ممکن است به عوامل درونی (مثل توانایی یا تلاش) یا بیرونی (مثل شانس یا دشواری تکلیف) نسبت داده شوند. نظریه‌های اسنادی از دل رویکرد شناختی - اجتماعی در روان‌شناسی پدید آمدند. در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰، روان‌شناسانی مانند فریتز هایدر، معتقد بودند که انسان‌ها همانند «دانشمندان غیررسمی» هستند؛ یعنی به‌طور طبیعی تلاش می‌کنند تا علل رویدادها را درک کرده و پیش‌بینی‌پذیری جهان را افزایش دهند. این نظریه‌ها پاسخی بودند به این پرسش بنیادی: چگونه ادراک ما از علت‌های رویدادها، رفتار و انگیزش ما را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؟ در نتیجه، اسنادها به‌عنوان بخش مهمی از فرآیندهای شناختی انسان، به ویژه در درک اجتماعی، تصمیم‌گیری، هیجان و انگیزش جایگاه یافتند.

رابطه‌ی اسناد با انگیزش

اسنادها مستقیماً بر انگیزش، هیجان، اعتماد به نفس و رفتار آینده اثر می‌گذارند. برای مثال، اگر دانش‌آموزی شکست در امتحان را به «عدم توانایی ذاتی» (درونی، پایدار، غیرقابل کنترل) نسبت دهد، احتمال زیادی دارد که انگیزه‌اش کاهش یابد و دست از تلاش بردارد. اما اگر همان شکست را به «کم‌کاری یا نآمادگی» (درونی، ناپایدار، قابل کنترل) نسبت دهد، ممکن است در تلاش برای بهبود عملکردش مصمم‌تر شود. بنابراین، چگونگی تفسیر علت‌ها، نه فقط خود پیامد، عامل تعیین‌کننده‌ای در تداوم یا توقف رفتارهای هدف‌دار است. نظریه‌پردازانی مانند برنارد واینر به‌خوبی نشان دادند که ساختارهای اسنادی چگونه هیجان‌هایی مانند شرم، غرور، گناه یا امید را تحت‌تأثیر قرار داده و مسیر انگیزش را هدایت می‌کنند.

نظریه اسناد فریتز هایدر

فریتز هایدر، به‌عنوان بنیان‌گذار روان‌شناسی اسنادی، معتقد بود که انسان‌ها در تفسیر رفتار خود و دیگران، میان **علل درونی (شخصی)** و **علل بیرونی (موقعیتی)** تمایز قائل می‌شوند.

علل درونی مانند استعداد، نیت، ویژگی‌های شخصیتی و تلاش، به **درون فرد** نسبت داده می‌شوند.

علل بیرونی مانند شانس، فشار اجتماعی، سختی تکلیف یا تصادف، به **محیط و موقعیت** وابسته‌اند.

او تأکید داشت که افراد برای درک رفتار دیگران تمایل دارند دنبال «علت» بگردند تا جهان اطراف خود را قابل پیش‌بینی‌تر کنند.

از نظر هایدر، **ادراک علی** فرایندی ذهنی است که در آن فرد، با مشاهده پیامد یک رفتار، سعی می‌کند آن را به یک علت خاص نسبت دهد. این فرایند همیشه عینی نیست؛ بلکه متأثر از سوگیری‌ها، نگرش‌ها، و تجربه‌های قبلی فرد است. برای مثال، دو نفر ممکن است به موفقیت یک دانش‌آموز نگاه کنند و یکی آن را به «هوش بالا» (درونی) نسبت دهد و دیگری به «آسان بودن آزمون» (بیرونی). این تفاوت در ادراک، پیامدهای مهمی در روابط اجتماعی و خودپنداره فرد دارد.

نکته ۱: هایدر، انسان را **دانشمند غیررسمی** می‌نامد؛ یعنی فردی که همواره می‌کوشد رفتارها و رویدادها را تبیین و پیش‌بینی کند. انسان‌ها به‌صورت طبیعی مایل‌اند بدانند «چرا» چیزی اتفاق افتاده است. این جست‌وجوی علت‌ها به آن‌ها احساس کنترل، معنا و امنیت می‌دهد. دقیقاً مانند یک پژوهشگر، فرد داده‌هایی از محیط جمع‌آوری می‌کند، آن‌ها را تفسیر می‌کند و فرضیه‌هایی درباره روابط علت و معلول می‌سازد.

اسناد علی و پیامدهای انگیزشی آن

اسنادی که فرد درباره رویدادها می‌سازد، مستقیماً بر **احساس، انگیزش و رفتار آینده‌اش** اثر می‌گذارد. مثلاً:

- اگر موفقیت به تلاش و شایستگی نسبت داده شود؛ افزایش انگیزه و خودپنداره مثبت

- اگر شکست به عوامل بیرونی مثل بدشانسی نسبت داده شود؛ کاهش مسئولیت‌پذیری ولی حفظ عزت نفس

- اگر شکست به ناتوانی درونی و پایدار نسبت داده شود؛ احساس ناتوانی و کاهش انگیزه.

بنابراین، اسنادها به‌طور ضمنی بر **پیامدهای هیجانی و تصمیم‌های بعدی** اثر می‌گذارند. این ایده بعدها در نظریه کامل‌تر **واینر** بسط یافت.

نظریه اسناد واینر: واینر نظریه اسناد را توسعه داد و سه بعد کلیدی برای اسنادهای ذهنی معرفی کرد که به درک علت رویدادها و رفتار کمک می‌کنند:

۱- **مکان علیت:** علت رفتار یا رویداد به کجا نسبت داده می‌شود؟

درونی: مربوط به ویژگی‌ها یا توانایی‌های فرد مانند استعداد یا تلاش

بیرونی: مربوط به عوامل محیطی مثل شانس، دشواری وظیفه یا کمک دیگران

۲- **پایداری:** آیا علت نسبت داده شده ثابت و پایدار است یا تغییرپذیر؟

پایدار: علت‌هایی که در طول زمان تغییر نمی‌کنند (مثلاً استعداد ذاتی)

ناپایدار: علت‌های گذرا و قابل تغییر (مثلاً تلاش یا شانس)

۳- **قابلیت کنترل:** آیا فرد می‌تواند علت را کنترل کند یا خیر؟

قابل کنترل: عواملی که فرد می‌تواند آن‌ها را تغییر دهد (مثل تلاش)

غیرقابل کنترل: عواملی که خارج از اختیار فرد هستند (مثل بیماری یا شانس)



نکته ۲: پیامدهای هیجانی و انگیزشی اسناد



- نوع اسنادی که فرد نسبت به موفقیت یا شکست می‌دهد، تأثیر عمیقی بر هیجان‌ها و انگیزه‌های او دارد:
- اسناد درونی پایدار (مثل استعداد بالا در موفقیت): موجب احساس افتخار و اعتماد به نفس می‌شود و انگیزه ادامه تلاش را افزایش می‌دهد.
 - اسناد درونی ناپایدار (مثل تلاش در موفقیت): به عنوان منبع قابل کنترل انگیزه در نظر گرفته می‌شود و فرد را برای ادامه تلاش تشویق می‌کند.
 - اسناد درونی پایدار منفی (مثل ناتوانی در شکست): می‌تواند منجر به شرم، گناه و ناامیدی شود و انگیزه را کاهش دهد.
 - اسناد بیرونی (مثل شانس یا دشواری زیاد در شکست): معمولاً منجر به کاهش مسئولیت‌پذیری و حفظ عزت نفس می‌شود، اما ممکن است انگیزه برای تلاش دوباره کاهش یابد.

تأثیر اسناد بر رفتار آینده و اعتماد به نفس

اسناد نه تنها احساسات فعلی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه مسیر رفتارهای آینده را نیز تعیین می‌کند. برای مثال: افرادی که شکست را به علت‌های قابل کنترل نسبت می‌دهند، احتمالاً در تلاش بعدی پشتکار بیشتری نشان می‌دهند. کسانی که شکست را به علت‌های غیرقابل کنترل یا پایدار نسبت می‌دهند، احتمال دارد که دلسرد شوند و از تلاش باز بمانند. اسناد مثبت (موفقیت‌های نسبت داده شده به علت‌های درونی و قابل کنترل) موجب افزایش اعتماد به نفس و تقویت خودکارآمدی می‌شود.

نکته ۳: الگوی علت و رابطه آن با موفقیت و شکست

واینر با مدل خود نشان داد که نحوه نسبت دادن علت موفقیت‌ها و شکست‌ها نقش کلیدی در فرایند انگیزش و شکل‌گیری هیجان‌ها دارد. به‌طور کلی:

- موفقیت‌های نسبت داده شده به تلاش (درونی، ناپایدار، قابل کنترل): انگیزش پیشرفت و حفظ تلاش
- شکست‌های نسبت داده شده به عوامل غیرقابل کنترل (مثل شانس): کاهش مسئولیت‌پذیری و حفظ عزت نفس ولی احتمال کاهش انگیزه
- شکست‌های نسبت داده شده به توانایی‌های ذاتی (درونی، پایدار، غیرقابل کنترل): احساس ناامیدی و کاهش تلاش

دانش‌آموزان بر اساس نحوه نسبت دادن علت موفقیت‌ها و شکست‌های خود، انگیزه و رفتارهای آینده‌شان شکل می‌گیرد. اگر موفقیت را به تلاش (علت درونی، قابل کنترل و ناپایدار) نسبت دهند، انگیزه برای تلاش بیشتر افزایش می‌یابد. اگر شکست را به ناتوانی ذاتی (علت درونی، پایدار و غیرقابل کنترل) نسبت دهند، احتمال کاهش انگیزه و احساس ناامیدی بیشتر است. نسبت دادن شکست به عوامل بیرونی مانند سختی آزمون یا شانس، ممکن است عزت نفس را حفظ کند اما تمایل به تلاش برای بهبود کاهش یابد.

خطاهای اسنادی

خطای اسناد بنیادین: این خطا به تمایل افراد برای برجسته کردن علل درونی (مثل شخصیت، انگیزه، خصوصیات فردی) در تبیین رفتار دیگران گفته می‌شود، در حالی که عوامل موقعیتی یا محیطی را کمتر در نظر می‌گیرند. مثال: اگر کسی در صف بانک بدرفتاری کند، ما ممکن است بگوییم «این فرد عصبی و بی‌ادب است» و کمتر به این فکر کنیم که شاید به خاطر شرایط سخت و استرس‌زا این رفتار را نشان داده است.

سوگیری بازیگر-ناظر: این سوگیری به تفاوتی اشاره دارد که در اسناد دادن رفتار خود و دیگران وجود دارد. وقتی ما رفتار خودمان را تحلیل می‌کنیم (بازیگر)، معمولاً تمایل داریم آن را به عوامل بیرونی و موقعیتی نسبت دهیم، مثلاً «امروز خسته بودم، به همین دلیل دیر رسیدم».

اما وقتی رفتار دیگران را مشاهده می‌کنیم (ناظر)، تمایل داریم آن را به عوامل درونی و شخصیتی نسبت دهیم، مثلاً «فلانی بی‌مسئولیت است». این تفاوت نشان‌دهنده نحوه متفاوت ادراک و اسناد ما نسبت به خود و دیگران است.

سوگیری خدمت به خود: این سوگیری یعنی تمایل افراد به نسبت دادن موفقیت‌های خود به علل درونی و پایدار (مانند توانایی و تلاش) و نسبت دادن شکست‌ها به عوامل بیرونی و غیرقابل کنترل (مثل بدشانسی یا سختی کار). این الگو به حفظ عزت نفس و تصویر مثبت از خود کمک می‌کند. مثال: وقتی در آزمون قبول می‌شویم، می‌گوییم «خیلی زحمت کشیدم» ولی اگر رد شویم می‌گوییم «سؤالات خیلی سخت بودند».

رابطه اسنادها با اضطراب امتحان، افت تحصیلی و پیشرفت

اسناد منفی و پایدار (مثل باور به ناتوانی ذاتی) می‌تواند منجر به افزایش اضطراب امتحان، کاهش انگیزه و افت تحصیلی شود. اسناد مثبت و قابل کنترل (مانند تلاش و برنامه‌ریزی) موجب کاهش اضطراب، افزایش انگیزه و بهبود پیشرفت تحصیلی می‌گردد. دانش‌آموزانی که نسبت به کنترل نتایج باور دارند، بهتر با استرس و چالش‌ها مقابله می‌کنند و در مسیر پیشرفت باقی می‌مانند.

نقش اسناد در احساس شایستگی، خودپنداره و عزت نفس

اسنادهای درونی پایدار و کاهش عزت نفس: وقتی افراد شکست یا ناکامی را به عوامل درونی، پایدار و غیرقابل کنترل نسبت می‌دهند، مثلاً «من باهوش نیستم» یا «من ذاتاً ناتوانم» این نوع اسناد می‌تواند منجر به کاهش عزت نفس، احساس ناامیدی و ناتوانی آموخته‌شده شود. این باورها به عنوان موانعی روانی عمل کرده و احتمال تلاش مجدد و پیشرفت را کاهش می‌دهند.

اسنادهای بیرونی ناپایدار و حفظ انگیزه: از سوی دیگر، نسبت دادن ناکامی به عوامل بیرونی و ناپایدار مانند «بدشانسی» یا «شرایط آزمون سخت بود» می‌تواند به حفظ عزت نفس و انگیزه کمک کند. این نوع اسناد باعث می‌شود فرد احساس کند شکست موقتی و قابل تغییر است و می‌تواند با تلاش و اصلاح شرایط، موفقیت را تجربه کند.

روان شناسی تربیتی



فصل اول: « اصطلاحات و مفاهیم در روانشناسی پرورشی »

یادگیری

یادگیری: معروف ترین تعریف یادگیری به قرار مقابل است: یادگیری به فرایند ایجاد تغییر نسبتاً پایدار در رفتار یا توان رفتاری که حاصل تجربه است، گفته می شود.

ویژگی های مهم تعریف یادگیری:

- ۱- تغییر، ۲- تغییر نسبتاً پایدار، ۳- تغییر نسبتاً پایدار در توان رفتاری، ۴- تغییر نسبتاً پایدار در توان رفتاری بر اثر تجربه.
- عامل مهم در دگرگونی افراد **تجارب یادگیری** است.
- روانشناسان رفتار را به دو نوع آشکار و نهان تقسیم کرده اند.
- جهت کسب اطلاع از میزان یادگیری افراد به رفتار قابل مشاهده فرد یعنی عملکرد او مراجعه می کنیم.
- منظور از تجربه در یادگیری، تأثیر متقابل محرک هاست.
- تفکر هم محصول یادگیری است و هم جزو تجاربی است که به یادگیری می انجامد.

آموزش و پرورش

آموزش به دنبال آسان ساختن یادگیری برای دانش آموزان است.

یادگیری یک فرایند درونی است و آموزش نسبت به آن جنبه بیرونی دارد.

آموزش به فعالیت های معلم در کلاس درس محدود نمی شود، اما تدریس مختص به کلاس درس است.

هدف، پرورش هدایت رشد جسمانی و روانی یا به طور کلی هدایت رشد همه جانبه شخصیت پرورش یابندگان در جهت کسب درک معارف بشری و هنجارهای مورد پذیرش جامعه و نیز کمک به شکوفا شدن استعداد های آنان است.

دوره های پرورشی جامع، طولانی و بسیار وسیع اند.

وظیفه اصلی دوره های کارآموزی، تأمین نیروهای انسانی متخصص و حرفه ای مورد نیاز سازمان های مختلف است.

تعریف و موضوع روان شناسی پرورشی

هدف روانشناسی پرورشی کمک به پرورشکاران دربرخورد درست با مسائل آموزش و پرورش است.

روانشناسی پرورشی عمدتاً ویژگی های یادگیرندگان، یادگیری و آموزش را مورد بررسی قرار می دهد.

روانشناسی پرورشی دو مأموریت دارد: یکی درک و فهم یادگیرندگان و دیگری کمک به یادگیری آنان.

معلمان موفق مجهز به چهار نوع دانش هستند:

- ۱- دانش محتوای درس، ۲- دانش آموزش گری، ۳- دانش مربوط به یادگیرندگان و ۴- دانش مربوط به یادگیری